

.....  
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

### NARZĄD WZROKU – osoby powyżej 16-go roku życia

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka       obydwu oczu

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym poniżej 0,05 (lub 0,05)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym poniżej 0,05 (lub 0,05)	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 20 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak       nie

....., dnia .....

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr. i podpis lekarza