

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu wzroku

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta: .....

2. Adres zamieszkania: .....

3. PESEL

4. Zakres dysfunkcji narządu wzroku pacjenta (opis).....  
.....  
.....

dysfunkcja narządu wzroku jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta

dysfunkcja narządu wzroku nie jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta

**(proszę zakreślić właściwe pole  w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia ) .**

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

Dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka  obydwu oczu

Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) u Pacjenta w **oku lepszym równe lub poniżej 0,05:**

tak  nie

w oku lewym do: ..... stopni w oku prawym do: ..... stopni

Zwężenie pola widzenia u Pacjenta **do 20 stopni (w korekcji)**

tak  nie

w oku lewym do: ..... stopni w oku prawym do: ..... stopni

Inna dysfunkcja .....

jednego oka  obydwu oczu

Pacjent jest osobą:

głuchoniewidomą  niewidomą  niedowidzącą

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza