

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu wzroku, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku do 16 r. ż.

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim* -

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

OSTROŚĆ WZROKU W KOREKCJI (należy wskazać wg skali Snellena)		
Lewe oko:	Prawe oko:	
Ostrość wzroku:	Ostrość wzroku:	
<input type="checkbox"/> ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,05 (dot. osób powyżej 16 r.ż.) <input type="checkbox"/> ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym jest równa lub poniżej 0,1 (dot. dzieci do 16 r.ż.) <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
ZWĘŻENIE POLA WIDZENIA		
Lewe oko:	Prawe oko:	
Zwężenie pola widzenia stopni	Zwężenie pola widzenia stopni	
<input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 20 stopni (dot. osób powyżej 16 r.ż.) <input type="checkbox"/> zwężenie pola widzenia (w korekcji) w oku lepszym do 20 stopni (dot. dzieci do 16 r.ż.) <input type="checkbox"/> nie dotyczy		
<input type="checkbox"/> osoba niedowidząca	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma

.....
(miejscowość i data)

.....
pieczętka, nr i podpis

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta