

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

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

### ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności  
- prosimy wypełnić czytelnie

Imię i nazwisko Pacjenta .....

1. PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że (proszę zakreślić właściwe pola):

a) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

TAK - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

NIE - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

#### Dotyczy pacjenta w wieku po 16 roku życia:

b) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05:

TAK .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

NIE - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

**i/lub** ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni:

TAK .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

NIE - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

#### Dotyczy pacjenta w wieku do 16 roku życia:

c) Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3:

TAK .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

NIE - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

**i/lub** ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni:

TAK .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

NIE - .....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza