

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE 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