

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

- **Pacjent ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1:**

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

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

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

....., dnia
(miejsowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza