

.....
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

2. PESEL

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

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

☐ jednego oka

☐ obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym do: stopni

☐ w oku prawym do: stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku w korekcji wg skali Snellena: ☐ *nie dotyczy*

☐ w oku lewym wynosi:

☐ w oku prawym wynosi:

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

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

*Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza okulistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. Informacje dotyczące pola widzenia muszą być podane w wartościach liczbowych wyrażonych w stopniach, a informacje dotyczące ostrości wzroku muszą być podane w wartościach liczbowych (ułamki dziesiętne lub właściwe). Ujęcie w zaświadczeniu jedynie zapisów typu „nie dotyczy”, „nie można wykonać badania” lub tylko wartości opisowych, będzie traktowane jako brak przedstawienia niezbędnych informacji o danym parametrze.