

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Data urodzenia ..... PESEL .....
3. Adres zamieszkania .....
- .....

4. 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):  *nie dotyczy*

w oku lewym wynosi: .....

w oku prawym wynosi: .....

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą:

tak

nie

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza