

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

.....dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

Lekarza specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
(osoba niepełnosprawna NIEWIDOMA powyżej 16 roku życia)

Imię i Nazwisko

Pacjenta.....

PESEL .

.....

Adres zamieszkania

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, iż osoba niepełnosprawna ma:

- ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub niższa 0,05: TAK NIE

- zwężenie pola widzenia do 20 stopnia: TAK NIE

.....
(data)

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