

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY

w celu wydania orzeczenia o niepełnosprawności/ stopniu niepełnosprawności
w schorzeniach wzroku

Imię i nazwisko

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Adres zamieszkania

WZROK OP <i>bez korekcji</i>
WZROK OL <i>bez korekcji</i>
WZROK OP <i>z korekcją</i>
WZROK OL <i>z korekcją</i>
Zwężenie pola widzenia

Potrzeba zaopatrzenia w sprzęt mogący poprawić samodzielność osoby badanej

.....
.....

ROZPOZNANIE

.....
.....
.....

UZASADNIENIE

.....
.....
.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)