

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

Pan/Pani.....

nr PESEL .....

stwierdza się, że pacjent:

1. ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni

tak  nie

2. ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni

tak  nie

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

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty