

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**wydane przez **lekarza specjalistę** związanego z rodzajem niepełnosprawności Wnioskodawcy

(dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia dla osób niesłyszących, niewidomych i poruszających się na wózku inwalidzkim)

Pan/Pani .....

zamieszkały/a w .....

(kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zaświadcza się, że dysfunkcja ww. pacjenta dotyczy (zaznaczyć właściwe) :

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>narząd słuchu</b> | <p>pacjent z ubytkiem słuchu na poziomie:</p> <p><input type="checkbox"/> dotyczy jednego ucha:</p> <p style="margin-left: 20px;">lewe ucho .....decybeli</p> <p style="margin-left: 20px;">prawe ucho.....decybeli</p> <p><input type="checkbox"/> dotyczy obu uszu:</p> <p style="margin-left: 20px;">lewe ucho .....decybeli</p> <p style="margin-left: 20px;">prawe ucho.....decybeli</p> <hr/> <p>biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że <b>pacjent jest osobą głuchą</b> (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli (dB) w obu uszach):</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>                                                                | data, pieczęć i podpis<br>lekarza specjalisty |
| <b>narząd wzroku</b> | <p><input type="checkbox"/> pacjent ma zwężone pole widzenia:</p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym do: ..... stopni</p> <p><input type="checkbox"/> w oku prawym do: .....stopni</p> <p><input type="checkbox"/> pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (po korekcji):</p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym do: .....</p> <p><input type="checkbox"/> w oku prawym do: .....</p> <hr/> <p>biorąc pod uwagę powyższe stwierdzam, że <b>pacjent jest osobą niewidomą</b> (należy przez to rozumieć osobę niepełnosprawną, która ma ostrość wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 i/lub ma zwężone pola widzenia do 20 stopni):</p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> | data, pieczęć i podpis<br>lekarza specjalisty |
| <b>narząd ruchu</b>  | <p><u>pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim:</u></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | data, pieczęć i podpis<br>lekarza specjalisty |