

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę związanego z rodzajem niepełnosprawności wnioskodawcy
(dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia)

Pan/Pani

zamieszkały/a w

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

nr PESEL

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

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