

.....  
(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) :

<b>narząd słuchu</b>	pacjent z ubytkiem słuchu na poziomie: <input type="checkbox"/> dotyczy jednego ucha: lewe ucho .....decybeli prawe ucho.....decybeli <input type="checkbox"/> dotyczy obu uszu: lewe ucho .....decybeli prawe ucho.....decybeli	
	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): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>narząd wzroku</b>	<input type="checkbox"/> pacjent ma zwężone pole widzenia: <input type="checkbox"/> w oku lewym do: ..... stopni <input type="checkbox"/> w oku prawym do: .....stopni <b>(należy podać wartości liczbowe w stopniach)</b> <input type="checkbox"/> pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): <input type="checkbox"/> w oku lewym do: ..... <input type="checkbox"/> w oku prawym do: ..... <b>(należy podać wartości liczbowe w ułamkach dziesiętnych)</b>	
	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): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>narząd ruchu</b>	<u>pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim:</u> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	data, pieczęć i podpis lekarza specjalisty