

.....
miejsowość i data

Dysfunkcja narządu wzroku	Pacjent ma zwężone pole widzenia: Lewe oko: Zwężenie pola widzenia:.....stopni Prawe oko: Zwężenie pola widzenia.....stopni Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): Lewe oko: Ostrość wzroku (w korekcji): Prawe oko: Ostrość wzroku (w korekcji): Pacjent jest osobą niewidomą: ☐ tak ☐ nie	Data, pieczętka i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu słuchu	Ubytek słuchu: Lewe ucho: dB Prawe ucho: dB Pacjent jest osobą głuchoniemą: ☐ tak ☐ nie	Data, pieczętka i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu słuchu i wzroku	Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: ☐ tak ☐ nie	Data, pieczętka i podpis lekarza
Zaburzenia głosu i mowy	Pacjent ma trudności z mową i komunikowaniem się: ☐ tak (opisać jakie) ☐ nie	Data, pieczętka i podpis lekarza