

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY DO CELÓW OŚWIATOWYCH

1. Dane dziecka/ucznia:

a/imię i nazwisko:.....

b/data urodzenia:.....

c/miejsce zamieszkania:.....

2. Leczona(y) od:.....

3. Diagnoza (rozpoznanie, a także oznaczenie alfanumeryczne – zgodnie z ICD)

.....
.....
.....

Pacjent (właściwe podkreślić): **SŁABOWIDZĄCY** **NIEWIDOMY**

a/ ostrość wzroku:.....

.....

do dali (z korektą i bez):.....

.....

do bliży (z korektą i bez):.....

.....

b/ skiaskopia:.....

.....

c/ stereopsja (widzenie głębi):.....

.....

d/ pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach):.....

.....

e/ dodatkowe wady i utrudnienia:

.....

.....

4. Wpływ deficytów na techniki szkolne (pisanie, czytanie):

.....
.....
.....

5. Zaleca się:

.....
.....
.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Zapoznałam/em się z treścią badania.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia)