

Zaświadczenie okulistyczne do celów oświatowych

1. Dane dziecka: imię i nazwisko.....
2. Data urodzenia(lub PESEL).....
3. Miejsce zamieszkania.....
4. Leczony/a od.....
5. Diagnoza (rozpoznanie) wraz z symbolem ICD -10

.....
.....

a) *Ostrość wzroku*.....

.....

b) *do dali (z korektą i bez)*.....

.....

c) *do bliży (z korektą i bez)*.....

.....

d) *skiaskopia*.....

.....

e) *stereoskopia (widzenie głębi)*.....

.....

f) *pole widzenia (w pewnych uzasadnionych przypadkach)*.....

.....

g) *dodatkowe wady i utrudnienia*

.....

6. **Rokowania**.....

.....

7. **Zalicza się / nie zalicza dziecko do osób słabowidzących (właściwe podkreślić)**

.....

8. **Wpływ deficytów na techniki szkolne(m. in. czytanie i pisanie)**

.....

.....

.....

9. **Zaleca się**

.....

.....

.....

Wydane dnia.....

.....
podpis i pieczętka lekarza