



ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY DLA CELÓW OŚWIATOWYCH

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia: PESEL:

Adres zamieszkania:

Leczony/a okulistycznie od:

Diagnoza:

.....

.....

	Oko prawe	Oko lewe
Ostrość wzroku do dali z korekcją		
Ostrość wzroku do bliży z korekcją		
Ostrość wzroku bez korekcji		
Wada refrakcji po cycloplegii		
Wartości szkieł okularowych		
Stan obuocznego widzenia/ Widzenie przestrzenne		
Zez/ pomiar wielkości kąta		
Wynik badania dna oka		
Pole widzenia		

Dodatkowe zaburzenia w funkcjonowaniu narządu wzroku:.....

.....
.....

Wpływ schorzenia na naukę w szkole:

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

Wskazania do nauki:

- powiększony druk/czcionka: wymaga/nie wymaga
- pomoce optyczne: wymaga/nie wymaga
- wydłużenie czasu pracy: wymaga/nie wymaga
- miejsce w pierwszej ławce: wymaga/nie wymaga

- inne wskazanie:

.....
.....

Prognoza dotycząca leczenia:

.....
.....

.....

pieczętka podpis lekarza specjalisty