

.....
pieczętka placówki służby zdrowia

Data

Zaświadczenie okulistyczne do celów oświatowych

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
Data urodzenia:.....
Adres zamieszkania:.....
2. Leczony od:.....
3. Choroba główna oraz choroby współwystępujące (ICD-10)
.....
.....
.....
.....

	OP	OL
Ostrość wzroku do dali z korektą		
Ostrość wzroku do bliży z korektą		
Wada refrakcji po cycloplegii		
Stan obuocznego widzenia / widzenie przestrzenne		
Zez / pomiar wielkości kąta		
Wynik badania dna oka		
Pole widzenia		

4. Dodatkowe zaburzenia funkcji wzrokowych.....
.....
.....
5. Wpływ uszkodzenia na rozwój i funkcjonowanie w szkole (np. czytanie, pisanie)
.....
.....
.....
.....

6. Zalecenia lekarza

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

7. Uwagi.....

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

.....
podpis i pieczęć lekarza