

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(miejscowość, data)

DIAGNOZA OKULISTYCZNA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej
w Pasłęku

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Ostrość wzroku : **do dali :**

OP

OL

do bliży :

OP

OL

2. Wada wzroku : OP OL

3. Okulary : OP OL

4. Orientacyjne pole widzenia :

.....

5. Autorefraktometr (badanie komputerowe) po rozszerzeniu źrenic :

OP

OL

6. Dno oka : OP OL

7. Synoptofor (widzenie obuoczne) :

.....

8. Rozpoznanie :

.....

.....

9. Zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole, m.in. wykorzystanie pomocy
optycznych/nieoptycznych

.....

.....

.....
(podpis i pieczęć lekarza)