……. …….
(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 :** **do bliży :**
OP ……..…. OP …….…….
OL …….. 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)