

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

Diagnoza okulistyczna
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Ostródzie

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data urodzenia)

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie (diagnoza okulistyczna):

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

2. Choroby współistniejące:

.....
.....

3. Stopień niepełnosprawności:

.....

4. Niepełnosprawność sprzężona: TAK NIE (właściwe podkreślić)

Jeżeli TAK (jakie niepełnosprawności)

.....

5. Określenie jakości widzenia do bliży przy najlepszej korekcji:

OP OL OB

6. Określenie jakości widzenia do dali przy najlepszej korekcji:

OP OL OB

7. Ubytki pola widzenia:

.....

8. Ocena ruchomości gałek ocznych:

.....

9. Opis przebiegu choroby, rokowania:

.....

.....

10. Zalecenia do pracy w szkole (np. odległość od tablicy, oświetlenie, powiększenie
druku, przeciwwskazania zdrowotne, itp.):

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)