

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE okulisty

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ostródzie działającego na podstawie
*Rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii
wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-
pedagogicznych (Dz. U. 2026 r., poz. 428)*

1. Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:.....

PESEL: _ _ _ _ _

Adres zamieszkania:.....

Przedszkole/szkoła:.....Klasa/Oddział:.....

2. Rozpoznanie:

(Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną **Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD**)

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

3. Choroby współistniejące, kod ICD:

.....
.....

4. Stopień niepełnosprawności:

.....

5. Określenie jakości widzenia do bliży przy najlepszej korekcji:

OP OL OB.

6. Określenie jakości widzenia do dali przy najlepszej korekcji:

OPOLOB

7. Ubytki pola widzenia:

.....

8. Ocena ruchomości gałek ocznych:

9. Opis przebiegu choroby/ problemu zdrowotnego i dotychczasowego leczenia (czas i przebieg leczenia, ocena wyników leczenia, rokowania, w tym możliwość poprawy) [§11.1. rozporządzenia]:

10. Czy dziecko wymaga stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy (kształcenie specjalne): TAK/NIE*

11. Czy dziecko potrzebuje sprzętu specjalistycznego? TAK/NIE*

*Jeśli tak, wskazać rodzaj sprzętu specjalistycznego:

12. Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka lub ucznia. Wpływ uszkodzenia wzroku na funkcjonowanie dziecka oraz przebieg procesu edukacyjnego (np. pisanie, czytanie):

13. Dostosowanie metod pracy w szkole/przedszkolu ze względu na obecne funkcjonowanie dziecka (np. odległość od tablicy, oświetlenie, powiększenie druku, przeciwwskazania zdrowotne, itp.):

Jednocześnie, w związku ubieganiem się pacjenta o wydanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego albo opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka **udostępniam kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego**, zawierającą informację o czasie i przebiegu leczenia [§ 6 ust. 6 pkt 2) Rozporządzenia]

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty/ lekarza w trakcie specjalizacji**)

* właściwe podkreślić

** lekarz w trakcie specjalizacji wydaje zaświadczenie w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (§ 6 ust. 13 Rozporządzenia).