

.....  
( 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), kod ICD:

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

2. Choroby współistniejące, kod ICD:

.....  
.....

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)