

....., dn.

DIAGNOZA OKULISTYCZNA

Załącznik do zaświadczenia lekarskiego o potrzebie kształcenia specjalnego lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju w przypadku niewidzenia lub słabego widzenia

..... ur.
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

Ostrość wzroku: **Do dali:**

OP

OL

Do bliży:

OP

OL

Wada wzroku:

OP

OL

Okulary:

OP

OL

Autorefraktometr (badanie komputerowe) po rozszerzeniu źrenic:

OP

OL

Orientacyjne pole widzenia :

Dno oka:

OP

OL

Synoptofor (widzenie obuoczne):

.....

.....

Rozpoznanie:

.....

Zalecenia:

.....