

.....
(pieczęć placówki zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Szczytnie (*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Dz. U. Nr 1734 z dnia 14.09.2017r.*)

Dane dziecka/ucznia:

Imię/imiona i nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Przedszkole/szkoła Klasa/Oddział

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

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

2) Schorzenia współwystępujące:

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

3) Ostrość wzroku:

do DALI bez korekcji:
OP
OL

do DALI po korekcji:
OP
OL

do BLIŻY bez korekcji:
OP
OL

do BLIŻY PO korekcji:
OP
OL

4) Pole widzenia

.....

5) Widzenie obuoczne

.....

6) Widzenie barw

.....

7) Ustawienie gałek ocznych

.....

8) Opis przebiegu choroby, czas wystąpienia, rokowania:

.....

.....

9) Wpływ wady wzroku na przebieg procesu edukacji:

.....

.....

10) Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole/przedszkolu:

.....

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczętka i podpis lekarza