

.....
pieczęć placówki medycznej

Zaświadczenie o stanie wzroku

1. Imię i nazwisko dziecka.....
2. Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....
3. Adres zamieszkania
4. Wiek, w którym nastąpiła utrata (osłabienie) wzroku u dziecka
5. Diagnoza/rozpoznanie, symbol choroby zgodnie z ICD-10

-
6. Stopień uszkodzenia wzroku:

	OP	OL
Ostrość wzroku do dali z korektą		
Ostrość wzroku do bliży z korektą		
Moce szkieł korekcyjnych		
Pole widzenia		
Wynik badania dna oka		

7. Przebyte leczenie, operacje okulistyczne

8. Przeciwwskazania, zalecane pomoce optyczne

9. Zalecane warunki poprawiające efektywność uczenia się, funkcjonowanie w przedszkolu/ szkole

10. Formy usprawniania

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis okulisty