…………………………………… ………………………………..

pieczątka placówki medycznej data.

**Zaświadczenie okulistyczne dla celów wydania**

**opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju /**

**orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego**

# Imię i nazwisko dziecka……………….……………………………………………………….

# Data urodzenia dziecka ……………..………………………………………………………...

# Adres zamieszkania dziecka …..……………………………………………………………...

2. Czas objęcia dziecka opieką okulistyczną…………………………………………………….

3. Rozpoznanie główne

 ………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OKO PRAWE** | **OKO LEWE** |
| **Ostrość wzroku do dali** **z korektą**  |  |  |
| **Ostrość wzroku do bliży** **z korektą** |  |  |
| **Rzeczywista wada refrakcji**  |  |  |
| **Moce szkieł okularowych** |  |  |
| **Widzenie obuoczne (przestrzene)** |  |
| **Parametry zeza**  |  |
| **Ocena dna oka** |  |  |
| **Pole widzenia** |  |  |

4.Dodatkowe zaburzenia funkcji wzrokowych ………………….………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………. 5.Uwagi, informacje dodatkowe, rokowania, zalecenia:

…………………………………………………………………..…………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

 ………………………….

pieczątka i podpis lekarza