

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(miejscowość, data)

### DIAGNOZA OKULISTYCZNA

(zgodnie z Rozporządzeniem MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych – DZ.U.2017, poz.1743)

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

1. Ostrość wzroku : **do dali :**

sc

cc

OP .....

OP.....

OL .....

OL.....

**do bliży :**

OP .....

OL .....

2. Wada wzroku : OP ..... OL .....

3. Okulary : OP ..... OL .....

4. Orientacyjne pole widzenia :

.....

5. Autorefraktometr (badanie komputerowe) po rozszerzeniu źrenic :

OP .....

OL .....

6. Dno oka : OP ..... OL .....

7. Synoptofor (widzenie obuoczne) :

.....

8. Rozpoznanie/Diagnoza wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....

.....

9. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia wynikające z problemu okulistycznego

.....

.....

.....

10. Sprzęt specjalistyczny niezbędny w procesie kształcenia (m.in. wykorzystanie pomocy optycznych/nieoptycznych) oraz zalecenia do pracy w przedszkolu/szkole

.....

.....

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)