**ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE DO CELÓW OŚWIATOWYCH**

dotyczące pozyskania informacji o stanie wzroku pacjenta

IMIĘ NAZWISKO DZIECKA…………………………………………………………………….

DATA URODZENIA…………………………………………

MIEJSCE ZAMIESZKANIA ………………………………………………………

LECZONY OD………………………………………………..

DIAGNOZA rozpoznanie wraz z kodem **ICD 10**…………………………………………………………………

 Ostrość wzroku ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Do dali ( z korektą /bez korekty)

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

Do bliży (z korektą /bez korekty)

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

Widzenie głębi

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

Pole widzenia

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

Dodatkowe wady i utrudnienia

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

Rokowania ( m.in. wada stała/pogłębiająca się)

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

Wpływ deficytów na techniki szkolne (pisanie/ czytanie ) zalecenia lekarza

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

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

 Zalicza / nie zalicza się do osób słabowidzących **( właściwe podkreślić** )

Zalicza / nie zalicza się do osób niewidomych ( **właściwe podkreślić )**

…………………………………… ………………………………………….

Wydane dnia pieczątka i podpis lekarza okulisty