

.....
(pieczęć placówki medycznej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie wzroku ucznia

Dotyczy wydania (właściwe podkreślić) :

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dla ucznia słabo widzącego;
- opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole.

Dla ucznia:

.....(imię i nazwisko)

data urodzenia: miejsce urodzenia.....

zamieszkałego w:.....

(adres)

1. Ostrość wzroku:

Do dali

Do bliży

OP.....

OP.....

OL.....

OL.....

2. Wada wzroku:

OP.....

OL.....

3. Okulary:

OP.....

OL.....

4. Badanie komputerowe po rozszerzeniu źrenic:

OP.....

OL.....

5. Orientacyjne pole widzenia:

.....
.....

6. Dno oka:

OP.....

OL.....

9. Rozpoznanie (diagnoza, przebieg leczenia – proszę o zaznaczenie właściwego)

krótkowzroczność (niska, średnia wysoka):

nadwzroczność (niska, średnia wysoka):

oczopląs

brak akomodacji (np. po operacji zaćmy)

duża niezborność: powyżej 4 d

światłowstręt – ślepotą zmierzchowa

ograniczenia pola widzenia do 20 stopni

schorzenie wzroku

wada wrodzona

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

10. Podjęta lub zalecana terapia, rokowania:

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

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)