

.....
(pieczęć placówki zdrowia)

.....
(miejscowość i data)

DIAGNOZA OKULISTYCZNA

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lęborku

(Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Dz. U. Nr 1734 z dnia 14.09.2017r.)

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(data urodzenia)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

1.ROZPOZNANIE wraz z oznaczeniem zgodnym z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

ICD- _____

2. SCHORZENIA WSPÓLWYSTĘPUJĄCE

3. OSTROŚĆ WZROKU

• **do DALI bez korekcji:**

po korekcji

OP

OP

OL

OL

• do BLIŻY bez korekcji

po korekcji

OP

OP

OL

OL

4. POLE WIDZENIA

.....

5. WIDZENIE OBUOCZNE

.....

6. WIDZENIE BARW

7. USTAWIENIE GAŁEK OCZNYCH

8. Opis przebiegu choroby, czas wystąpienia, rokowania

.....

.....

.....

9. Wpływ wady wzroku na przebieg procesu edukacji

.....

.....

.....

10. Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)