

.....  
(pieczęć placówki zdrowia)

.....  
(miejsowość i data)

## DIAGNOZA OKULISTYCZNA

### dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lęborku

(Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14.09.2017r. 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:

### 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** .....

ograniczenie umiarkowane - średnica pola 60 stopni i mniej,

- znaczne: średnica pola 20 stopni i mniej,

- głębokie: średnica pola 5 stopni i mniej. (podkreślić właściwe)

**5. WIDZENIE OBUOCZNE** .....

.....  
.....

**6. WIDZENIE BARW** .....

**7. USTAWIENIE GAŁEK OCZNYCH** .....

**8. Opis przebiegu choroby, czas wystąpienia, rokowania**

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

**9. Czy dziecko jest (właściwe podkreślić): wg klasyfikacji WHO**

- prawidłowo widzące
- słabowidzące (umiarkowane, znaczne)
- niewidome

**10. Wpływ wady wzroku na przebieg procesu edukacji**

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

**11. Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole**

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

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)