

.....
(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):

- 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)