

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejscowość, data)

## Diagnoza okulistyczna

- w celu przedłożenia zespołowi Orzekającemu w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pleszewie

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

### 1. Rozpoznanie:

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

### 2. Choroby współistniejące

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

### 3. Określenie ostrości widzenia do bliży przy najlepszej korekcji:

OP..... OL..... OB.....

### 4. Określenie ostrości widzenia do dali przy najlepszej korekcji:

OP..... OL..... OB.....

### 5. Ocena ruchomości gałek ocznych:

.....  
.....

### 6. Należy określić czy dziecko jest (właściwe podkreślić):

- słabowidzące
- niewidzące
- nie dotyczy

### 7. Zalecenia do pracy w szkole

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

.....  
(pieczęć, podpis lekarza)