

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

(miejsowość, data)

**Diagnoza okulistyczna**  
w celu przedłożenia Zespołowi Orzekającemu  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 w Gdyni

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie (diagnoza okulistyczna):

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

2. Choroby współistniejące:

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

3. Określenie jakości widzenia do bliży przy najlepszej korekcji:

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

4. Określenie ostrości widzenia do dali przy najlepszej korekcji:

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

5. Ubytki pola widzenia:

.....

6. Ocena ruchomości gałek ocznych:

.....

7. Opis przebiegu choroby, rokowania:

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

8. Zalecenia do pracy w szkole (np.: odległość od tablicy, oświetlenie, powiększenie druku, przeciwwskazania zdrowotne):

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

(pieczęć i podpis lekarza)