

.....
(pieczęć poradni specjalistycznej)

BADANIE OKULISTYCZNE

dla potrzeb zespołu orzekającego

Imię i nazwisko: data i miejsce urodzenia:

1. Wywiad uzupełniający:

a. kiedy zauważono zmiany patologiczne w obrębie narządu wzroku:

.....
.....

b. przebieg leczenia

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

c. czy korzystał/a i od kiedy za szkieł optycznych

d. trudności w domu i w szkole:

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


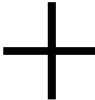
e. czy w rodzinie były przypadki chorób oczu:



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

2. Rozpoznanie okulistyczne

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

OSTROŚĆ WZROKU	
OKO PRAWE	OKO LEWE
z korekcją	z korekcją
bez korekcji	bez korekcji

SKIASKOPIA	
OP 	OL 

POLE WIDZENIA	
OP 	OL 

Aparat ochronny oczu:
Aparat mięśniowy oczu:
Ośrodki optyczne oczu:

Dno oka:	
Widzenie obuoczne:	Widzenie barw:

Wskazania:

.....
(data badania)

.....
(pieczęć i podpis specjalisty)