

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA OKULISTY
dla potrzeb Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej w Łąncucie

1. Imię i nazwisko pacjenta

ur..... zam.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

.....
.....

2. Wynik badania

a) ostrość wzroku bez korekcji

oko prawe

oko lewe

b) ostrość wzroku z korekcją

oko prawe

oko lewe

c) pole widzenia

d) funkcjonalny stan narządu wzroku

3. Kategoria deficytu wg WHO (określenie funkcjonalne)

.....

4. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka/ucznia, które utrudniają mu naukę

.....

.....

.....

.....

5. Konieczny sprzęt specjalistyczny i przystosowanie środowiska nauki

.....

.....

.....

.....

6. Zalecenia lekarskie dla nauczycieli wynikające ze stanu zdrowia i leczenia

.....

.....

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza