

.....
pieczęć placówki wydającej zaświadczenie

**Zaświadczenie lekarza okulisty
dla potrzeb Zespołu Orzekającego
w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tarnowie**

1. Dane dziecka/ucznia:

a/ imię i nazwisko:

b/ data urodzenia:PESEL.....

c/ miejsce zamieszkania:

2. Leczona(y) od:

3. Diagnoza (rozpoznanie, a także oznaczenie alfanumeryczne – zgodnie z ICD)

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

PACJENT jest (właściwe wpisać)
słabowidzący / niewidomy / nie dotyczy

a/ ostrość wzroku:

.....
.....

do dali (z korektą i bez):

.....
.....

do bliży (z korektą i bez):

.....
.....

b/ **skiaskopia:**
.....
.....

c/ **stereopsja** (widzenie głębi):
.....
.....

d/ **pole widzenia** (w pewnych określonych przypadkach):
.....
.....

e/ **dodatkowe wady i utrudnienia:**
.....
.....

4. **Wpływ deficytów na techniki szkolne** (pisanie, czytanie):

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

5. **Zaleca się:**

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Zapoznałam/em się z zaświadczeniem.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia)