

KSZTAŁCENIE SPECJALNE
dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej

.....
/pieczęć placówki medycznej/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia **ucznia** dla potrzeb zespołu orzekającego
działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej
z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły
orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych
(Dz. U. Nr 1743 z dnia 14 września 2017r.)

Imię i Nazwisko ur.

Miejsce zamieszkania

1. Schorzenia narządu wzroku- rozpoznanie i czas wystąpienia choroby

- Wysoka krótkowzroczność.....
- Odwarstwienie siatkówki.....
- Zaćma.....
- Bezsoczewkowość.....
- Retinopatia wcześniacza.....
- Toksoplazmoza.....
- Zmętnienie rogówki.....
- Małocze.....
- Jaskra.....
- Zwrodnienie barwnikowe siatkówki.....
- Zwrodnienie plamki żółtej.....
- Inne zwrodnienia siatkówki.....
- Zanik nerwu wzrokowego.....
- Ślepotą korowa.....
- Wrodzony brak tęczówek.....
- Inne.....

Wady refrakcji i schorzenia towarzyszące

- Krótkowzroczność
- Nadwzroczność
- Astygmatyzm
- Zez
- Oczopląs

Dziedziczność

2. Schorzenia pozaokulistyczne

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

3. Ostrość wzroku do dali

– bez korekcji : $V_{od} =$ z korekcją: $V_{od} =$

$V_{os} =$ $V_{os} =$

Okulary noszone Cylinder Oś

przez pacjenta: Sfera

OP

OL

4. Ostrość wzroku do bliży

Z korekcją/ bez korekcji

$S_{nod} =$ z odległości

$S_{nos} =$ z odległości

Wymagane okulary do bliży:

5. Ostrość wzroku do bliży z pomocami optycznymi:

$S_{nod} =$

$S_{nos} =$

Pomoc optyczna:

OP:

OL:

6. Ostrość wzroku do dali z pomocami optycznymi

$V_{od} =$

$V_{os} =$

Pomoc optyczna

OP:

OL:

Zapisano pomoce optyczne (jakie)

7. Przedni odcinek oka

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

8. Dno oka

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

9. Widzenie barw

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

10. Widzenie obuoczne

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

11. Pole widzenia

12. Inne badania dodatkowe

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

13. Rokowania

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

14. Zalecenia do zajęć wychowania fizycznego

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

15. Inne szczególne zalecenia do nauki.

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

.....
/Miejscowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza