

\_\_\_\_\_  
(pieczęć placówki medycznej)

## **BADANIE OKULISTYCZNE** **dla potrzeb Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lubaczowie**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_ \_ \_ \_ \_

### **I. STAN ZDROWIA DZIECKA**

1. Czy dziecko było leczone? Gdzie? Operacyjnie czy zachowawczo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Ostrość wzroku

a) oko prawe bez korekcji: \_\_\_\_\_

oko lewe bez korekcji: \_\_\_\_\_

b) oko prawe z korekcją: \_\_\_\_\_

oko lewe z korekcją: \_\_\_\_\_

c) co czyta z bliska, z jakiej odległości z jaką korekcją?

oko prawe \_\_\_\_\_

oko lewe \_\_\_\_\_

### **II. ROZPOZNANIE OKULISTYCZNE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **III. WSKAZANIA (właściwe podkreślić):**

1. a) wymaga kształcenia specjalnego w edukacji z uwagi na słabe widzenie – uczeń słabo widzący,

b) wymaga kształcenia specjalnego w edukacji z uwagi na ślepotę – uczeń niewidomy,

2. wymaga dostosowania wymagań edukacyjnych z uwagi na wadę wzroku (krótkowzroczność, nadwzroczność, astygmatyzm),

3. wymaga korzystania z pomocy optycznych i nieoptycznych.

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć i podpis lekarza okulisty)