
(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: _____

3. Orientacyjne pole widzenia: _____

4. Akomodacja: _____

5. Widzenie obuoczne: _____

6. Rozpoznawanie barw: _____

II. ROZPOZNANIE OKULISTYCZNE

III. WSKAZANIA (zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Wzroku):

1. a) wymaga kształcenia specjalnego w edukacji z uwagi na słabe widzenie – dziecko słabowidzące,
b) wymaga kształcenia specjalnego w edukacji z uwagi na ślepotę – dziecko niewidome.

2. wymaga dostosowania wymagań edukacyjnych z uwagi na wadę wzroku.

3. wymaga korzystania z pomocy optycznych i nieoptycznych.

(miejscowość, data)

(pieczęć i podpis lekarza okulisty)