

.....
(pieczęć poradni specjalistycznej)

BADANIE OKULISTYCZNE
dla potrzeb zespołu orzekającego

NAZWISKO I IMIĘ: **DATA URODZENIA:**

1. Rozpoznanie okulistyczne:

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

Ostrość wzroku w korekcji c.c.

Do dali Vop =

Vol =

Do bliży Snop =

Snol =

Ostrość wzroku bez korekcji s.c.

Do dali Vop =

Vol =

Do bliży Snop =

Snol =

Pole widzenia:

OP

OL

Aparat ochronny oczu:

.....
.....

Aparat mięśniowy oczu:

.....
.....

Ośrodki optyczne oczu:

.....
.....

Dno oka:

.....
.....

Widzenie obuoczne:

.....
.....

Widzenie barw:

.....

Wskazania:

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

2. Wywiad uzupełniający:

a. kiedy zauważono zmiany patologiczne w obrębie narządu wzroku:

.....
.....

b. przebieg leczenia:

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

c. czy korzystał/a i od kiedy ze szkieł optycznych

d. trudności w domu i w szkole:

.....
.....

e. czy w rodzinie były przypadki chorób oczu:

.....
.....

.....

(data badania)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)