

.....
(pieczęć poradni specjalistycznej)

BADANIE OKULISTYCZNE
dla potrzeb zespołu orzekającego

NAZWISKO I IMIĘ: **DATA URODZENIA:**

1. 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:
.....
.....


2. Rozpoznanie okulistyczne

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

<u>OSTROŚĆ WZROKU:</u> OKO PRAWO z korekcją bez korekcji

OKO LEWE z korekcją bez korekcji
--

SKIASKOPIA OP	
------------------	---

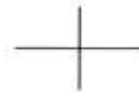
OL	
----	---

POLE WIDZENIA:

OP



OL



Aparat ochronny oczu:

Aparat mięśniowy oczu:

Ośrodki optyczne oczu:

Dno oka:

Widzenie obuoczne:

Widzenie barw:

Wskazania:

.....
(data badania)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)