



Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych Powiatu Żarskiego

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel./fax 68 479 43 83
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel./fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl
e-mail: lubsko@pppzary.pl

<http://www.pppzary.pl>

Żary, dn.

PORADNIA OKULISTYCZNA

W

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Żarach prosi o konsultację okulistyczną ucznia

..... ur.

Badania okulistyczne są niezbędne w celu ustalenia wpływu ewentualnej wady wzroku na trudności ucznia w szkole.

Poniższe zaświadczenie związane jest z kontynuowaniem nauki przez dziecko.

.....

.....
Pieczęć placówki zdrowia

.....
Data badania

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE (wyniki badań okulistycznych)

W wyniku przeprowadzonych badań specjalistycznych u badanego stwierdzono:

1. OSTROŚĆ WZROKU DO DALI:

- oko prawe: bez korekcji: z korekcją:
- oko lewe: bez korekcji: z korekcją:

2. OSTROŚĆ WZROKU DO BLIŻY:

- oko prawe: bez korekcji: z korekcją:
- oko lewe: bez korekcji: z korekcją:

3. OKREŚLENIE STOPNIA WADY WZROKU:

- a) mała wada wzroku
 - krótkowzroczność do - 4,0 D sph.
 - nadwzroczność do + 3,0 D sph.
 - astygmatyzm do $\pm 1,0$ D cyl.
- b) średnia wada wzroku
 - krótkowzroczność do - 8,0 D sph.
 - nadwzroczność do + 7,0 D sph.
 - astygmatyzm od $\pm 2,0$ D cyl. Do $\pm 3,0$ cyl.
- c) duża wada wzroku
 - krótkowzroczność powyżej - 8,0 D sph.
 - nadwzroczność powyżej + 7,0 D sph.
 - astygmatyzm powyżej $\pm 3,0$ D cyl.

4. POLE WIDZENIA (w miarę możliwości):

5. ROZPOZNANIEOKULISTYCZNE:

6. WSKAZANIA – PRZECIWWSKAZANIA:

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