

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

.....  
(data i miejsce urodzenia dziecka)

.....  
(adres zamieszkania dziecka)

### **Diagnoza okulistyczna na Zespół Orzekający**

1. Określenie ostrości widzenia do dali bez korekcji .....
2. Określenie ostrości widzenia do dali przy najlepszej korekcji .....
3. Określenie ostrości widzenia do bliży bez korekcji .....
4. Określenie ostrości widzenia do bliży przy najlepszej korekcji .....
5. Ocena refrakcji oka .....
6. Ocena widzenia obuocznego .....
7. Ocena ruchomości gałek ocznych .....
8. Zalecenia do pracy z dzieckiem w szkole .....

.....  
(podpis i pieczętka lekarza)