



NIP: 562-15-68-343

ul. Browarowa 14
88-400 Żnin

tel./fax:
(052)3020438;
tel kom. 516081200

e-mail: poradnia@znin.pl
www.poradniaznin.paluki.pl

ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE DO CELÓW OŚWIATOWYCH

1. Imię i nazwisko dziecka:.....
2. Data urodzenia/PESEL:.....
3. Adres zamieszkania:.....
4. Leczony okulistycznie odr. ż.
5. Diagnoza.....
.....
.....
.....

	OP	OL
Ostrość wzroku do dali bez korekcji		
Ostrość wzroku do bliży bez korekcji		
Ostrość wzroku do dali z korekcją		
Ostrość wzroku do bliży z korekcją		
Wada refrakcji po cycloplegii		
Wartości szkieł okularowych		
Stan obuocznego widzenia/ Widzenie przestrzenne		
Zez / pomiar wielkości kąta		
Wynik badania dna oka		
Pole widzenia		

6. Dodatkowe zaburzenia we funkcjonowaniu narządu wzroku
.....
.....
7. Inne informacje
.....
.....

.....
data i podpis lekarza