

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejsowość, data)

BADANIE OKULISTYCZNE

Imię i nazwisko dziecka/ucznia

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

1. Kiedy i jakie zmiany patologiczne zauważono w narządzie wzroku?

2. Rodzaj i miejsce dotychczasowego leczenia oraz wiek dziecka w momencie rozpoczęcia leczenia

3. Ostrość wzroku

a) oko prawe bez korekcji oko prawe z korekcją szklami

b) oko lewe bez korekcji oko lewe z korekcją szklami

c) co czyta z bliska, z jakiej odległości, z jaką korekcją

oko prawe oko lewe

4. Pole widzenia orientacyjne

5. Akomodacja

6. Widzenie obuoczne

7. Rozpoznawanie barw

8. Rozpoznanie okulistyczne wg **ICD**

9. Wskazania

10. Wada wzroku (jeśli występuje) jest w pełni skorygowana pomocami optycznymi – okulary, szkła kontaktowe: **TAK / NIE** (*właściwe podkreślić*)

UWAGA!

W przypadku zdiagnozowania poważnej dysfunkcji narządu wzroku kwalifikującej dziecko/ucznia do osób niepełnosprawnych (słabe widzenie / niewidzenie) proszę o wypełnienie zaświadczenia lekarskiego znajdującego się na odwrocie.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty lub lekarza w trakcie specjalizacji*)

.....
(pieczęć placówki służby zdrowia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
w celu wydania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
i/lub opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju
przez Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Nr 1 w Rzeszowie

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. poz. 428)

1. **Dziecko / uczeń jest osobą** zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Obniżenia Ostrości Wzroku

a) niewidomą (*właściwe podkreślić*)

b) słabowidzącą

2. Ograniczenia i bariery utrudniające funkcjonowanie dziecka / ucznia

3. Zalecane formy pomocy i wsparcia (wskazania lekarza specjalisty):

a) niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny – lupy, urządzenia optyczne itp.

b) rodzaj i rozmiar czcionki (*właściwe podkreślić*)

– 12

– 16

– 24

– inne

c) typ oświetlenia

4. Przeciwwskazania do zawodów (w przypadku uczniów)

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty
lub lekarza w trakcie specjalizacji*)

*Zaświadczenie wydane przez lekarza w trakcie specjalizacji lekarz ten wydaje w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.