Karta badania okulistycznego ucznia korzystającego z pomocy
Powiatowej Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej w Kłobucku
(wypełnia lekarz okulista)

1. Imię i nazwisko dziecka .....
2. Data urodzenia.....
3. Wiek, w którym nastąpiła utrata (osłabienie) wzroku u dziecka.....

4. Stopień uszkodzenia wzroku:	**oko prawe**	**oko lewe**
całkowity brak wzroku	….....	…….
poczucie światła	……	…….
słabe widzenie	……...	…….

5. Ostrość widzenia, rozpoznanie co widzi i z jakiej odległości.....
….....
….....
….....
pole widzenia.....
rozpoznanie barw.....

6. Przebyte leczenie, operacje okulistyczne.....
….....
….....

7. Czy wada wzroku jest korygowana całkowicie noszonymi przez pacjenta okularami?.....
….....

8. Przeciwwskazania, zalecenia, zalecane warunki edukacyjne:
….....
….....

…..... .....
/data badania/ /pieczęć i podpis lekarza/