

.....
pieczęć placówki medycznej

ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE DLA POTRZEB ZESPOŁU ORZEKAJĄCEGO

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2026 r., poz. 428)

1. Imię i nazwisko dziecka lub ucznia:.....

data ur: zam.

2. **Orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia**, o którym mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37 i 203), określające **rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego** wraz z **oznaczeniem alfanumerycznym** zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD:

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

a) ostrość wzroku:

.....
.....

do dali (z korektą i bez):

.....
.....

do bliży (z korektą i bez):

.....
.....

b) skiaskopia:

.....
.....

c) stereopsja (widzenie głębi):

.....
.....

d) pole widzenia (w pewnych określonych przypadkach):

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

e) dodatkowe wady i utrudnienia:.....

.....

f) rokowanie:

.....

3. W związku z powyższą diagnozą dziecko należy uznać za (właściwe zaznaczyć):

dziecko niewidome

dziecko słabo widzące

Inna kwalifikacja

4. Wpływ deficytów na techniki szkolne (na pisanie i czytanie):

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

5. Krótki opis przebiegu choroby, czasu i przebiegu dotychczasowego leczenia:

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

6. Zaleca się:

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

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/