

Zaświadczenie od lekarza okulisty

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

1. Czy dziecko było leczone? Kiedy? Operacyjnie czy zachowawczo?

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

2. Ostrość wzroku:

- a) Oko prawe bez korekcji.....
Oko lewe bez korekcji.....
- b) Oko prawe z korekcją szklami.....
Oko lewe z korekcją szklami.....
- c) co czyta z bliska, z jakiej odległości, z jaką korekcją?
– oko prawe
- oko lewe.....

3. Rozpoznanie okulistyczne

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

4. Wskazania

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

Miejscowość.....

Data.....

.....
(podpis lekarza okulisty)