

/pieczęć poradni specjalistycznej/

## Karta badania okulistycznego (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                      .....
- niedowidzenie                      .....
5. Wyniki badań diagnostycznych, rozpoznanie.....  
co widzi i z jakiej odległości .....
- .....
- pole widzenia .....
- rozpoznanie barw .....
6. Etiologia.....
7. Przebyte leczenie, operacje okulistyczne.....  
.....  
.....
8. Rokowanie.....
9. Przeciwwskazania, zalecenia /pomoce optyczne.....  
.....  
.....

.....  
/data badania/

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/