

.....  
(pieczęć plac. służby zdr.)

Data .....

## WYNIKI BADAŃ OKULISTYCZNYCH

Ucznia ..... ur. ....

W wyniku badań specjalistycznych u badanego stwierdzono:

Ostrość wzroku do dali:

- oko prawe bez korekcji ..... z korekcją .....
- oko lewe bez korekcji ..... z korekcją .....

Ostrość wzroku do blizy:

- oko prawe bez korekcji ..... z korekcją .....
- oko lewe bez korekcji ..... z korekcją .....

Określenie stopnia wady wzroku (podkreślić):

- ( a ) mała wada wzroku
  - krótkowzroczność do - 4, 0 D sph
  - nadwzroczność do +3, 0 D sph
  - astygmatyzm do +/- 1, 0 D cyl
- ( b ) średnia wada wzroku
  - krótkowzroczność do -8, 0 D sph
  - nadwzroczność do +7, 0 D sph
  - astygmatyzm od +/- 2 do +/-3 D cyl
- ( c ) duża wada wzroku
  - krótkowzroczność powyżej - 8, 0 D sph
  - nadwzroczność powyżej +7, 0 D sph
  - astygmatyzm powyżej +/- 3, 0 D cyl

Pole widzenia (w miarę możliwości) .....

Rozpoznanie okulistyczne .....

.....

.....

Wskazania i przeciwwskazania .....

.....

.....

.....

.....  
podpis i pieczęć lekarza