

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY OKULISTYKI

o stanie zdrowia dziecka/ucznia w celu wydania
orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego
dla dziecka/ucznia niewidzącego lub słabowidzącego

dla potrzeb Zespołu Orzekającego Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pleszewie

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 2 marca 2026 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 428)

Zaświadczenie wydaje

- **lekarz specjalista**
- **lekarz w trakcie specjalizacji w ramach udzielania dziecku lub uczniowi świadczeń zdrowotnych w jednostce prowadzącej szkolenie specjalizacyjne lub w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
data urodzenia

.....
adres zamieszkania dziecka

1. **Orzeczenie o stanie zdrowia dziecka lub ucznia, o którym mowa w art.42.ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37 i 203), określające rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego (charakterystyka kliniczna jednostki chorobowej, wada wzroku, zaburzenia czynności motorycznych gałek ocznych) wraz z oznaczeniem alfanumerycznym zgodnie z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD:**

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

2. **Ostrość wzroku do dali**

– bez korekcji : Vod= z korekcją: Vod=.....
Vos= Vos=.....

Okulary noszone przez pacjenta:

	Sfera	Cylinder	Oś
OP			
OL			

3. **Ostrość wzroku do bliży:**

Z korekcją/ bez korekcji

Snod=z odległości.....

Snos=z odległości.....

Wymagane okulary do blizy:.....

4. **Pacjent jest dzieckiem/ucniem (wlaściwe podkreślić):**

- a) słabowidzącym
- b) niewidomym
- c) prawidłowo widzącym

5. **Rokowania:**

.....

.....

6. **Inne informacje dotyczące widzenia (m.in. widzenie barw, widzenie obuoczne, przestrzenne, zdolność adaptacji do widzenia w słabych warunkach świetlnych):**

.....

.....

.....

7. **Wyniki badań istotne dla określenia trudności w codziennym funkcjonowaniu dziecka/ucnia oraz informacja o czasie i przebiegu leczenia (należy załączyć kopię dokumentacji medycznej z leczenia choroby lub problemu zdrowotnego):**

.....

.....

.....

8. **Medyczne zalecenia dotyczące warunków realizacji potrzeb edukacyjnych (m.in. wielkość czcionki, która będzie dogodna dla dziecka, zalecane pomoce optyczne, wskazania dotyczące zajęć wychowania fizycznego, inne zalecenia dotyczące wspierania dziecka w przedszkolu/szkole) :**

.....

.....

.....

9. **Zalecenia do zajęć ruchowych/ zajęć wychowania fizycznego**

.....

.....

.....

.....

(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)