

Warszawa, dn. ....

## DIAGNOZA OKULISTYCZNA

..... ur. ....  
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

Ostrość wzroku: **Do dali:** **Do bliży:**  
OP ..... OP .....  
OL ..... OL .....

Proszę zaznaczyć czy podana ostrość wzroku podana jest bez korekcji okularowej czy z korekcją okularową.

Wada wzroku:  
OP .....  
OL .....

Okulary:  
OP .....  
OL .....

Autorefraktometr (badanie komputerowe) po rozszerzeniu źrenic:  
OP .....  
OL .....

Orientacyjne pole widzenia : .....

Dno oka:  
OP .....  
OL .....

Synoptofor (widzenie obuoczne):  
.....  
.....

Rozpoznanie: .....  
.....

Zalecenia: .....  
.....  
.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)