……
(miejscowość i data)

DIAGNOZA OKULISTYCZNA

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

……...……..
(adres zamieszkania)

Ostrość wzroku: ***Do dali:*** ***Do bliży:***

OP …….. OP …….. …

OL …….. OL ……

Ostrość wzroku: ***Do dali:*** ***Do bliży:***
po korekcji okularowej:

OP …… OP……...

OL……. OL……...

Wada wzroku:

OP ……

OL ……

Okulary:

OP ……

OL ……

Pełna korekcja (……) **niepełna korekcja** (…….)

Autorefraktometr (badanie komputerowe) po rozszerzeniu źrenic:

OP……...……

OL……...……

Orientacyjne pole widzenia :

……..…….

Dno oka:

OP ……

OL ……

Synoptofor (widzenie obuoczne):

……

Rozpoznanie:

……..

……...

Rokowania ……...
Zalecenia

…...……..……

……

……...

……
(pieczątka i podpis lekarza)