

9. Widzenie barw

.....
.....

10. Widzenie obuoczne

.....
.....

11. Pole widzenia

12. Inne badania dodatkowe

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

13. Rokowania

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

14. Pacjent jest dzieckiem/uczniem (właściwe podkreślić):

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

15. Zalecenia do zajęć ruchowych/ zajęć wychowania fizycznego

.....
.....

Inne szczególne zalecenia do nauki lub zajęć terapeutycznych

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

.....
/miejsowość, data/

.....
/pieczętka i podpis lekarza/