

.....
(pieczęć placówki)

**WNIOSKI POSTDIAGNOSTYCZNE
dla rodziców i prawnych opiekunów dziecka
po przesiewowym badaniu widzenia**

Przesiewowe badanie widzenia wykonane w dniu:

Dotyczy:
(imię i nazwisko dziecka)

Wskazane jest przeprowadzenie pogłębionej diagnozy specjalistycznej u okulisty i optometrysty/ortoptysty ze względu na występowanie nieprawidłowości w zakresie procesu widzenia (*tj. podczas badania przesiewowego wybranych parametrów wzrokowych*). Celem pogłębionej diagnozy jest potwierdzenie lub wykluczenie zaburzeń procesu widzenia.

Optometrysta/ortoptysta – sprawdzi, jak funkcjonują oczy dziecka, m.in. czy jest wada wzroku, ruchy oczu, akomodację, ustawienie gałek ocznych, przetwarzanie i percepcję wzrokową (aspekty funkcjonalne).
Okulista – sprawdzi narząd wzroku pod kątem budowy, schorzeń i leczenia (aspekty medyczne).

Po przeprowadzonej diagnozie specjalistycznej u okulisty/ optometrysty/ ortoptysty proszę o poinformowanie placówki w przypadku potwierdzenia lub wykluczenia nieprawidłowości.

Otrzymałam/ otrzymałem informację, że badania optometryczne/ ortoptyczne nie są objęte refundacją przez NFZ, dlatego decyzję o ich przeprowadzeniu podejmuję dobrowolnie.

Otrzymałam/ otrzymałem informację, że przesiewowe badanie widzenia nie jest badaniem medycznym, nie stwierdza zaburzeń widzenia, nie jest ostatecznym rozpoznaniem, więc nie będę wnosił/a roszczeń do nauczyciela za wskazanie mojego dziecka do przeprowadzenia pogłębionej diagnozy u specjalisty.

.....
(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)

.....
(pieczęć placówki)

**WNIOSKI POSTDIAGNOSTYCZNE
dla rodziców i prawnych opiekunów dziecka
po przesiewowym badaniu widzenia**

Przesiewowe badanie widzenia wykonane w dniu:

Dotyczy:
(imię i nazwisko dziecka)

Wskazane jest przeprowadzenie pogłębionej diagnozy specjalistycznej u okulisty i optometrysty/ortoptysty ze względu na występowanie nieprawidłowości w zakresie procesu widzenia (*tj. podczas badania przesiewowego wybranych parametrów wzrokowych*). Celem pogłębionej diagnozy jest potwierdzenie lub wykluczenie zaburzeń procesu widzenia.

Optometrysta/ortoptysta – sprawdzi, jak funkcjonują oczy dziecka, m.in. czy jest wada wzroku, ruchy oczu, akomodację, ustawienie gałek ocznych, przetwarzanie i percepcję wzrokową (aspekty funkcjonalne).
Okulista – sprawdzi narząd wzroku pod kątem budowy, schorzeń i leczenia (aspekty medyczne).

Po przeprowadzonej diagnozie specjalistycznej u okulisty/ optometrysty/ ortoptysty proszę o poinformowanie placówki w przypadku potwierdzenia lub wykluczenia nieprawidłowości.

Otrzymałam/ otrzymałem informację, że badania optometryczne/ ortoptyczne nie są objęte refundacją przez NFZ, dlatego decyzję o ich przeprowadzeniu podejmuję dobrowolnie.

Otrzymałam/ otrzymałem informację, że przesiewowe badanie widzenia nie jest badaniem medycznym, nie stwierdza zaburzeń widzenia, nie jest ostatecznym rozpoznaniem, więc nie będę wnosił/a roszczeń do nauczyciela za wskazanie mojego dziecka do przeprowadzenia pogłębionej diagnozy u specjalisty.

.....
(czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)