

## BADANIE NARZĄDU WZROKU (BRONÍ)

Imię i nazwisko badanego:.....

PESEL .....

Miejsce zamieszkania: .....

### Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
Przebyte choroby, urazy, operacje			
Korekcja okularowa			od ilu lat?
Soczewki kontaktowe			od ilu lat?

### Badanie przedmiotowe

	OP	OL	Opis patologii
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
Widzenie obuoczne			
Pole widzenia (Badanie perymetryczne)			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie zmierzchowe			

### Rozpoznanie i wnioski:

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

Data.....

.....  
Podpis, Pieczęć Specjalisty Chorób Oczu