

BADANIE NARZĄDU WZROKU (OCHRONA)

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