

4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego.....

Nr PESEL ²⁾

Adres miejsca zamieszkania

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu (wpisać na podstawie części 2 karty badania lekarskiego - tylko w przypadku badania wykonywanego przez lekarza okulistę)

.....
.....

wywiad chorobowy

L.p.		TAK	NIE	Jeśli TAK, to podać dane
1.	Przebyte choroby, urazy i operacje			
2.	Korekcje okularowe			Od ilu lat?
3.	Soczewki kontaktowe			Od ilu lat?

Badanie przedmiotowe

L.p.		Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
1.	Ostrość wzroku bez korekcji			
2.	Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
3.	Obuoczna ostrość wzroku po korekcji			
4.	Pole widzenia			
5.	Rozpoznawanie barw			
6.	Widzenie obuoczne			
7.	Widzenie zmierzchowe			
8.	Wrażliwość na olśnienie			
9.	Wrażliwość na kontrast			

Rozpoznanie

.....

Wnioski

.....

.....

.....
(data)

.....
podpis i pieczęć lekarza uprawnionego lub lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki)

