4. BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego:

PESEL:

Miejsce zamieszkania:

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

Wywiad chorobowy

Lp.	Podstawowe problemy zdrowotne	TAK	NIE	Uwagi Lekarza
1.	Przebyte choroby, urazy i operacje			
2.	Korekcja okularowa (od ilu lat ?)			
3.	Soczewki kontaktowe (od ilu lat ?)			

Badanie przedmiotowe

Lp.		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 okulisty)

admed® MEDICAL PARTNER