

## Badanie narządu wzroku

Imię i nazwisko badanego \_\_\_\_\_

Nr PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Podlega badaniu lekarskiemu z tytułu \_\_\_\_\_

### Wywiad chorobowy:

LP.		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
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 i wrażliwość na olśnienie	Wykonane u psychologa		
8.	Wrażliwość na kontrast			

Rozpoznanie:

---

---

Wnioski:

---

---

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(podpis i pieczętka lekarza uprawnionego lub lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki)