

# KONSULTACJA OKULISTYCZNA

Imi i nazwisko

Zakad pracy :

Stanowisko :

Uciliwoci :

.....  
KIERUJ

Badanie okulistyczne			
Rodzaj badania	TAK	NIE	Jeeli TAK, to poda szczegóowe dane
Przebyte choroby, urazy i operacje oczu			
Korekcja okularowa			Od ilu lat?
Soczewki kontaktowe			Od ilu lat?

Badanie przedmiotowe			
Rodzaj badania	Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii / rozpoznanie
Ostro wzroku bez korekcji Do dali Do bliu			
Ostro wzroku z korekcji (poda korekcji i uzyskan ostro)			
Obuoczna ostro wzroku po Korekcji			
Pole widzenia			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie obuoczne			
Widzenie zmierzchowe			
Wraliwo na olnienie			
Badanie dna oka			

**Wnioski:**

Zdolny do pracy na wyej wymienionym stanowisku

TAK

NIE

( Prosz zakreli odpowiednie )

Data .....

piecz i podpis lekarza

**Konsultacja okulistyczna - medycyna pracy**

**Kupon dla specjalisty**

Imi i nazwisko

Zakad pracy :

Stanowisko :

Data badania .....