

Firma.....

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL:																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj badania (wstępne, kontrolne, okresowe)

Punkt poboru badań:

OB, Morfologia, mocz – badanie ogólne

W siedzibie SP ZZOZ – pogotowie w Sopocie, ul, B. Chrobrego 10, parter , gabinet diagnostyczno- zabiegowy nr 020

RTG:

GORIS MED. Sopot, B. Chrobrego 6/8, parter wejście od ul. Mieszka I

Okulista :

Specjalista Chorób Oczu dr n. med. Alicja Golińska

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska, 81-754 Sopot, ul. Grunwaldzka 33 (w siedzibie salonu optycznego Optical Christex)

Neurolog :

W siedzibie SP ZZOZ – pogotowie w Sopocie, ul, B. Chrobrego 10, parter , dr Waldemar Przybyła – godzina konsultacji do uzgodnienia

Lekarz medycyny pracy

Termin do ustalenia telefonicznie

58 555 81 15

BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego

PESEL
(a w przypadku osoby, której nie nadano nr PESEL – nazwa i numer dokumentu tożsamości)

Miejsce zamieszkania:

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

.....

Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
Przebyte choroby, urazy i operacje			
Korekcja okularowa			
Soczewki kontaktowe			

Badanie przedmiotowe

	Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskana ostrość)			
Obuoczna ostrość wzroku po korekcji			
Pole widzenia			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie obuoczne			
Widzenie zmierzchowe *)			
Wrażliwość na olśnienie *)			

Opis patologii:

--

Rozpoznanie:

--

Wnioski:

--

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć imienna uprawnionego lekarza)