

.....
(pieczęć jednostki kierującej)

.....
(data wystawienia skierowania)

KARTA BADANIA OKULISTYCZNEGO FUNKCJONARIUSZA/PRACOWNIKA SW

Imię i nazwisko:

Nr PESEL:

Stanowisko

Narażenia.....

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy albo osoby upoważnionej)

Wywiad chorobowy:

Badanie okulistyczne			
	Tak	Nie	Jeżeli TAK, to podać dane
Przebyte choroby, urazy i operacje			
Korekcja okularowa. Od ilu lat?			
Soczewki kontaktowe. Od ilu lat?			

Badanie przedmiotowe			
	Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
Obuoczną ostrość wzroku po korekcji			
Pole widzenia/wymagane badanie perymetryczne			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie obuoczne			
Widzenie zmierzchowe *			
Wrażliwość na oślnienie *			

*W przypadku prawidłowego wyniku badania postawić znak X w rubryce „Brak zmian patologicznych”, a w przypadku patologii –podać szczegółowy opis.

Rozpoznanie

Konieczność stosowania szkieł korekcyjnych w pracy przy monitorze TAK / NIE

Konieczność zmiany szkieł korekcyjnych TAK / NIE

.....
(miejsce, data badania)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)
pieczęć i podpis lekarza