

Badanie okulistyczne

(I piętro - Przychodnia Ogólna)

Nazwisko

O.p.

Imię

Vo.l.

Ur. zawód / nauka

Barwy rozpoznaje

.....

Widzenie przestrzenne

Cel badania

Pole widzenia

.....

Przedni odcinek oczu

Dno

.....
Data i podpis lekarza kierującego

Uwagi:

Zdolny do pracy w zawodzie