

Karta konsultacji Okulistycznej

data

Imię i nazwisko

Firma

Czynniki szkodliwe

Badania okulistyczne

Wywiad

.....

W.p/VOD

W.p/WOS

Czyta druk p.o.

Czyta druk o. l.

Barwy Widzenie obuoczne

Pole widzenia

Ośrodki optyczne

Przedni odcinek

Dno oka

.....

.....

Rozpoznanie/ podejrzenie choroby

.....

Praca przy komputerze w okularach korekcyjnych*): tak nie

*Niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza