

## KONSULTACJA OKULISTYCZNA

(Załącznik do karty badania lekarskiego osób ubiegających się o pozwolenie na broń /w celu zgłoszenia do rejestru broni pneumatycznej)

### BADANIE NARZĄDU WZROKU

Imię i nazwisko badanego .....

numer PESEL .....

Adres miejsca zamieszkania .....

### Wywiad chorobowy

Lp.		TAK	NIE	Jeżeli TAK, to podać dane
1.	Przebyte choroby, urazy i operacje			
2.	Korekcja okularowa			od ilu lat?
3.	Soczewki kontaktowe			od ilu lat?

### Badanie przedmiotowe

Lp.		Oko prawe	Oko lewe	Opis patologii
1.	Ostrość wzroku bez korekcji			
2.	Ostrość wzroku z korekcją (podać korekcję i uzyskaną ostrość)			
3.	Widzenie obuoczne			
4.	Pole widzenia (badanie perymetryczne)			
5.	Rozpoznawanie barw			
6.	Widzenie zmierzchowe			

### Rozpoznanie i wnioski:

.....  
.....  
.....

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie okulistyki)