

Skierowanie

Proszę o wykonanie odpłatnej konsultacji okulistycznej dla celów przewidzianych w :
Kodeksie Pracy na stanowisku zajmowanym przez osobę skierowaną / Ustawie o kierujących pojazdami

Jarosław Kóska – lekarz medycyny pracy



KONSULTACJA OKULISTYCZNA

W wyniku przeprowadzonego badania okulistycznego u:

P a n (i)

Nr PESEL

stwierdzam:

Brak przeciwwskazań zdrowotnych

- do kierowania pojazdem kat A B C CE D DE / do wykonywania zawodu kierowcy / do pracy na stanowisku wskazanym przez pracodawcę na skierowaniu / do pracy na wysokości powyżej 3 m. (niepotrzebne skreślić)

Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK to podać dane
Przebyte choroby, urazy i operacje oczu			
Korekcja okularowa			Od ilu lat?
Soczewki kontaktowe			Od ilu lat?

Badanie przedmiotowe

	ZAZNACZYĆ X W PRZYPADKU WYNIKU PRAWIDŁOWEGO		Opis patologii
	OKO PRAWE	OKO LEWE	
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją			
Obuoczną ostrość wzroku po korekcji			
Pole widzenia			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie obuoczne			
Widzenie zmięrczowe			
Wrażliwość na oślnienie			
Wrażliwość na kontrast			

MESOTEST (Wykonany na Testerze widzenia Optovist firmy Vistec)

Badanie wykonano:	Bez korekcji				W okularach				W szklach kontaktowych			
	1:23	1:5	1:2,7	1:2	1:23	1:5	1:2,7	1:2	1:23	1:5	1:2,7	1:2
Kontrast												
	BEZ OLSNIENIA								Z OLSNIENIEM			
Prawidłowe rozpoznanie												
Pacjent nadaje się do prowadzenia pojazdów w nocy								TAK				NIE

Uwagi:

.....
.....

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

....., dnia

Skierowanie

Proszę o wykonanie odpłatnej konsultacji okulistycznej dla celów przewidzianych w :
Kodeksie Pracy na stanowisku zajmowanym przez osobę skierowaną / Ustawie o kierujących pojazdami

Jarosław Kóska – lekarz medycyny pracy



KONSULTACJA OKULISTYCZNA

W wyniku przeprowadzonego badania okulistycznego u:

P a n (i)

Nr PESEL

stwierdzam:

Brak przeciwwskazań zdrowotnych

- do kierowania pojazdem kat A B C CE D DE / do wykonywania zawodu kierowcy / do pracy na stanowisku wskazanym przez pracodawcę na skierowaniu / do pracy na wysokości powyżej 3 m. (niepotrzebne skreślić)

Wywiad chorobowy

	TAK	NIE	Jeżeli TAK to podać dane
Przebyte choroby, urazy i operacje oczu			
Korekcja okularowa			Od ilu lat?
Soczewki kontaktowe			Od ilu lat?

Badanie przedmiotowe

	ZAZNACZYĆ X W PRZYPADKU WYNIKU PRAWIDŁOWEGO		Opis patologii
	OKO PRAWE	OKO LEWE	
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją			
Obuoczną ostrość wzroku po korekcji			
Pole widzenia			
Rozpoznawanie barw			
Widzenie obuoczne			
Widzenie zmięrczowe			
Wrażliwość na oślnienie			
Wrażliwość na kontrast			

MESOTEST (Wykonany na Testerze widzenia Optovist firmy Vistec)

Badanie wykonano:	Bez korekcji				W okularach				W szklach kontaktowych			
	1:23	1:5	1:2,7	1:2	1:23	1:5	1:2,7	1:2	1:23	1:5	1:2,7	1:2
Kontrast												
	BEZ OLSNIENIA								Z OLSNIENIEM			
Prawidłowe rozpoznanie												
Pacjent nadaje się do prowadzenia pojazdów w nocy								TAK				NIE

Uwagi:

.....
.....

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

....., dnia