

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 - w zakresie badania okulistycznego:

- do kierowania pojazdem kat A B C CE D DE
- do wykonywania zawodu kierowcy
- do pracy na stanowisku wskazanym przez pracodawcę na skierowaniu

Wywiad chorobowy okulistyczny

.....

Badanie przedmiotowe

	ZAZNACZYĆ X W PRZYPADKU WYNIKU PRAWIDŁOWEGO		Opis patologii
	OKO PRAWE	OKO LEWE	
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją			
Obuczna ostrość wzroku po korekcji			

	WYNIK BADANIA OKULISTYCZNEGO	
	PRAWIDŁOWE	NIEPRAWIDŁOWE
Pole widzenia		
Rozpoznawanie barw		
Widzenie zmierzchowe		
Wrażliwość na oślnienie		
Dno oka		
Przezierność soczewek		
Widzenie przestrzenne		

Wskazana praca / kierowanie pojazdem w okularach lub szklach kontaktowych	TAK	NIE
---	-----	-----

.....
(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 - w zakresie badania okulistycznego:

- do kierowania pojazdem kat A B C CE D DE
- do wykonywania zawodu kierowcy
- do pracy na stanowisku wskazanym przez pracodawcę na skierowaniu

Wywiad chorobowy okulistyczny

.....

Badanie przedmiotowe

	ZAZNACZYĆ X W PRZYPADKU WYNIKU PRAWIDŁOWEGO		Opis patologii
	OKO PRAWE	OKO LEWE	
Ostrość wzroku bez korekcji			
Ostrość wzroku z korekcją			
Obuczna ostrość wzroku po korekcji			

	WYNIK BADANIA OKULISTYCZNEGO	
	PRAWIDŁOWE	NIEPRAWIDŁOWE
Pole widzenia		
Rozpoznawanie barw		
Widzenie zmierzchowe		
Wrażliwość na oślnienie		
Dno oka		
Przezierność soczewek		
Widzenie przestrzenne		

Wskazana praca / kierowanie pojazdem w okularach lub szklach kontaktowych	TAK	NIE
---	-----	-----

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

....., dnia