

## ZAŚWIADCZENIE OKULISTYCZNE

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Rozpoznanie okulistyczne \_\_\_\_\_

Ostrość wzroku do dali:

bez korekcji: OP \_\_\_\_\_ z optymalną korekcją OP \_\_\_\_\_

OL \_\_\_\_\_ (wartość korekcji): OL \_\_\_\_\_

Ostrość wzroku do bliży:

bez korekcji: OP \_\_\_\_\_ z optymalną korekcją OP \_\_\_\_\_

OL \_\_\_\_\_ (wartość korekcji): OL \_\_\_\_\_

Pole widzenia \_\_\_\_\_

Uwagi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Miejscowość i data*

\_\_\_\_\_  
*Pieczętka i podpis lekarza okulisty*