

Istaigos pavadinimas, kods, adresas:

Vizito data:

--	--

OPTOMETRINĒS APŽIŪROS KORTELĒ

1. Paciento vārds, pavardē, gimimo data:

--

2. Anamnezē:

3. Nusiskundimai:

4. Objektīvoji refrakcija:

	D sph	D cyl	Ax
OD			
OS			

5. Keratometrija:

6.1. Dominuojami akis: (nuotoliui)

--

6.2. Dominuojami akis: (artumui)

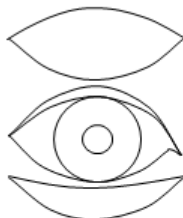
--

7. Subjektīvoji refrakcija:

V	OD _____
	OS _____

8. Binokulinēs funkcijas:

9. Akomodacija, matymas iš arti:



10. Biomikroskopija:



11. Skaidrios terpēs:





12. Akių dugnas:

13. Tonometrija:

T_n	OD		mm/Hg
	OS		mm/Hg

14. Papildomi testai:

15. Išvada:

----- -----

16. Rekomendacijos:

----- ----- -----

17.1. Išduota akinių skyrimo kortelė:

	SPH	CYL	AXIS	ADD	PRISM	PD Artumui	PD Nuotoliui
<i>OD</i>							
<i>OS</i>							

Pastabos ir rekomendacijos:

--

17.2. Išduota kontaktinių lęšių skyrimo kortelė:

	SPH	CYL	AXIS	ADD	BC	DIA
<i>OD</i>						
<i>OS</i>						

Pastabos ir rekomendacijos:

--

Papildomi įrašai ir dokumentai:

Optometrininkas: _____

(spaudas ir parašas)

Susipažinau ir
sutinku:_____
(paciento v., pavardė)_____
(parašas)_____
(data)