

(intestazione della struttura sanitaria)

VISITA OCULISTICA

Il/la signor/a..... nato/a
prov. (.....) il/...../..... residente in prov. (.....) via
.....munito del seguente documento di
riconoscimento.....n.....rilasciato il.....
da.....

O.D.

O.S.

Visus naturale

.....

Visus corretto

.....

Correzione sf. cil.

sf. cil.

Glaucoma

SI ☐ NO ☐

Cheratocono

SI ☐ NO ☐

Portatore di lenti a contatto

SI ☐ NO ☐

Portatore di lenti ortocheratologiche

SI ☐ NO ☐

Impianto di lenti intraoculari

SI ☐ NO ☐

Trattamenti di chirurgia refrattiva

SI ☐ NO ☐

Se si specificare

Interventi chirurgici per patologie oculari

SI ☐ NO ☐

Se si specificare

Altre patologie oculari

Senso cromatico e luminoso

Osservazioni

Data

Timbro e firma del medico

.....

Il presente certificato dovrà essere accuratamente compilato, in ogni sua parte, a cura del medico specialista