

(intestazione della struttura sanitaria)

VISITA OCULISTICA

Il/la signor/a nato/a 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 ortokeratologiche	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 _____		

Osservazioni _____

Data _____

Timbro e firma del medico

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