



בדיקת ראייה

אני הח"מ רופא עיניים/אופטומטריסט מאשר בזאת כי לאחר שזיהיתי את

גב'/מר לפי תעודת זהות מס' בדקתי* את כושר ראייתו(ה) ולהלן

תוצאות הבדיקה:

1. כושר הראיה: בלי משקפיים, חדות הראיה עין ימין עין שמאל

2. שדה ראייה: מעלות

*בדיקת ראייה תתבצע ללא משקפיים או עדשות מגע

חתימת רופא העיניים/האופטומטריסט חותמת ומס' רישיון:

תאריך מקום:

* **הערה:** בדיקת הראיה תבוצע אך ורק במכשירים מהסוגים המפורטים להלן או הדומים להם:

היצרן	סוג המכשיר
Keystone	DYSIII
Stereo Optical, Inc.	Optec 2500
Titmus Optical Inc.	Perimeter model T2a-ISR-P

