

Ik ondertekende, dr. _____, oogarts, verklaart
_____ (naam/voornaam), wonende te
_____ (adres/gemeente), geboren op ___/___/___
onderzocht te hebben op ___/___/___

Diagnose:

Prognose: kan de pathologie verbeteren? Neen Ja. Op welke wijze? _____

Huidige behandeling:

Gezichtsscherpte voor ver:

Rechteroog : ___/10 1/20 <1/20 Lichtwaarneming Geen Lichtwaarneming

Linkeroog : ___/10 1/20 <1/20 Lichtwaarneming Geen Lichtwaarneming

Beide ogen : ___/10 1/20 <1/20 Lichtwaarneming Geen Lichtwaarneming

Correctie:

Rechteroog: _____ à _____°) Add: _____ Type: _____

Linkeroog: _____ à _____°) Add: _____ Type: _____

Gezichtsscherpte voor nabij (Parinaud): eigen correctie – leesadditie + ___D

Rechteroog: ___/10

Linkeroog: ___/10

Beide ogen: ___/10

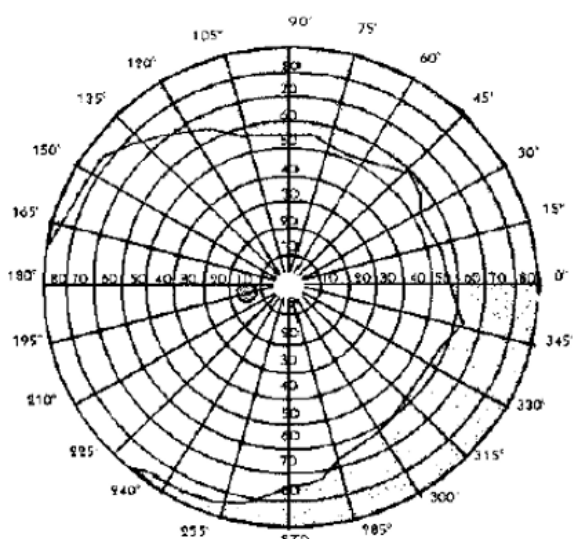
Vergroting voor nabij: ___ x (leeskaart) leesadditie + ___D

Opmerkingen: _____

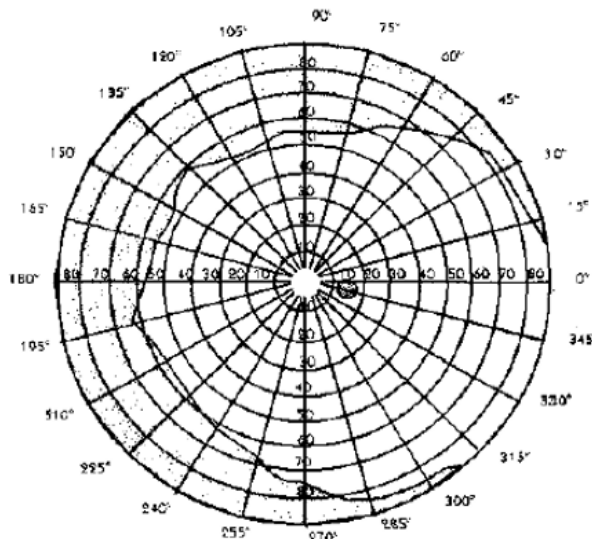
Gezichtsveld – Goldmann perimeter – index _____:

Opmerkingen: _____

Schema van de perimeter van Goldman



O.G.



O.D.

Contrastgevoeligheid: ____ log (gebruikte contrasttest: _____)

Opmerkingen: _____

Andere gezichtsstoornissen (fotofobie, diplopie,...):

Opmerkingen: _____

Oftalmologisch onderzoek:

	Rechteroog	Linkeroog
Voorste oogsegment	_____	_____
Achterste segment	_____	_____
- Papil	_____	_____
- Macula	_____	_____
- Retina, periferie	_____	_____

De visuele invaliditeitsgraad bedraagt ____%

Het is aangewezen dat deze persoon een witte stok gebruikt bij verplaatsingen.

Datum, stempel en handtekening oogarts:

Klever mutualiteit patiënt
OF CG1/CG2 code rechthebbende : ____ / ____