

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:

Correctie:

Rechteroog: SFR___CYL___AS___PRISMA___BASIS___ADD:___Type:_____

Linkeroog: SFR___CYL___AS___PRISMA___BASIS___ADD:___Type:_____

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

Gezichtsscherpte voor nabij:

Rechteroog: ___/10

Linkeroog: ___/10

Beide ogen: ___/10

Vergroting voor nabij: _____

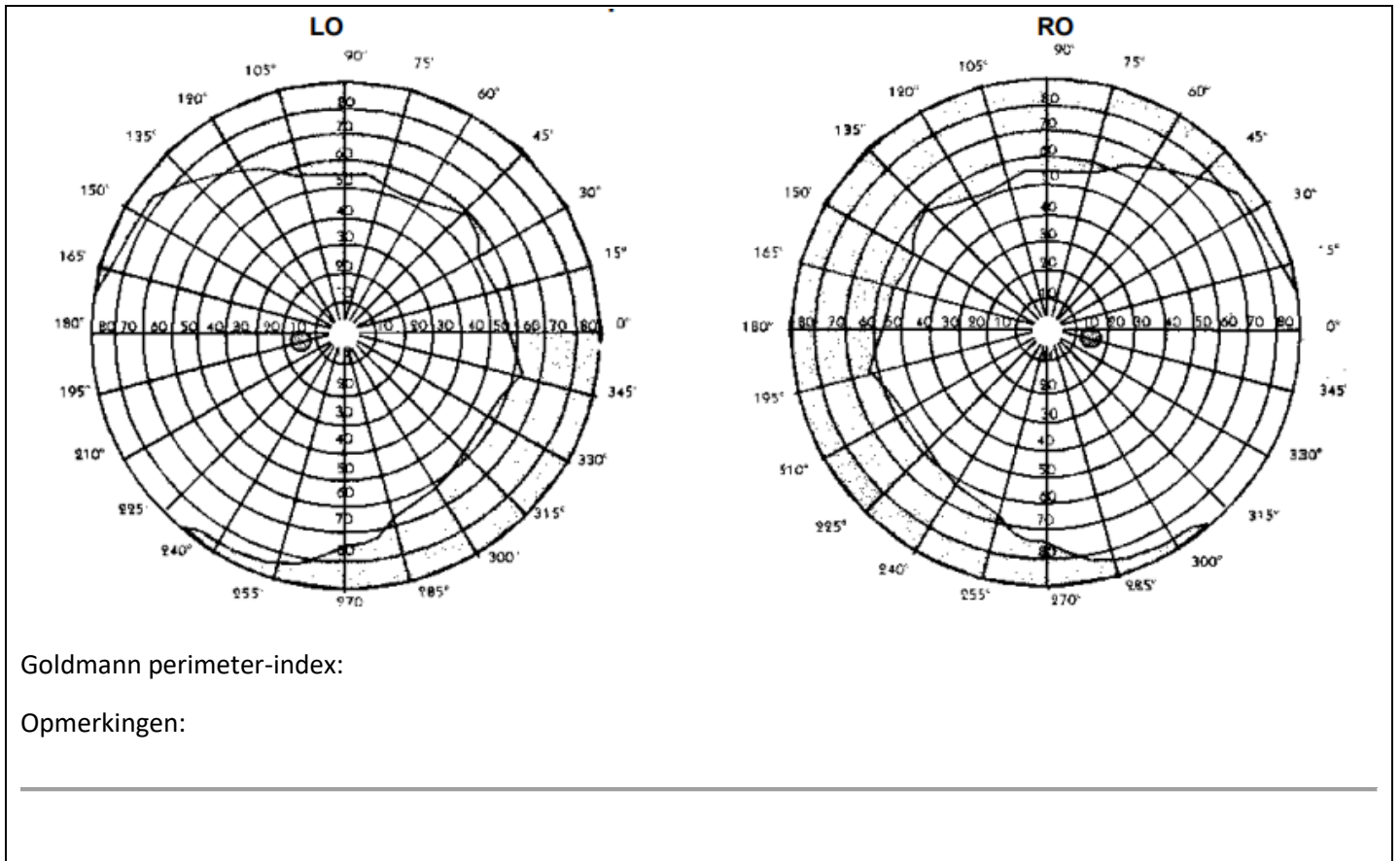
Opmerkingen: _____

Gezichtsveld

Concentrische vernauwing: 30° tot 10° RO LO aan beide ogen

10° tot 5° RO LO aan beide ogen

< 5° RO LO aan beide ogen



Contrastgevoeligheid (indien gemeten, gebruikte test vermelden graag):

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

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: ____ / ____