



שאלון לרופאי עיניים

להורים

אתם מתבקשים לדאוג למילוי כל סעיפיו של טופס זה על ידי רופא עיניים מוסמך

פרטים אישיים

שם פרטי:

שם משפחה:

ת.ז:

תאריך לידה: / /

ישוב:

טלפון:

מסגרת חינוכית: גן ביה"ס יסודי חט"ב תיכון

חדות ראייה

מרחוק	עין ימין	עין שמאל	בשתי העיניים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ללא תיקון	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
עם תיקון אופטימלי	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מקרוב	עין ימין	עין שמאל	בשתי העיניים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ללא תיקון	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
עם תיקון אופטימלי	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מרחק הבדיקה	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

שדה ראייה

צמצום שדה ראייה 20-40 מעלות / אחר, פרט:

במידה ולא ניתן לבדוק בצורה סטנדרטית:

אחר	היקפי	מרכזי	כן	לא	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צפוי קושי בשדה ראייה בעין ימין
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	צפוי קושי בשדה ראייה עין שמאל

אבחנה, וכמה מילות הסבר בשפה ברורה:

חלק עין פגוע:

עפעפיים קרנית עדשה זגוגית עצב הראייה רשתית CVI קשתית שרירי העיניים

תחזית:

מצב יציב החמרה יש מקום להתערבות כירורגית

תאריך הבדיקה: / / שם הרופא: חתימה וחותמת הרופא:

להורים: אני החתום מטה מסכים שמידע רפואי זה יעבור למשרד החינוך. שם ההורה: חתימה: