**Medisch getuigschrift van gezichtsonderzoek**

|  |
| --- |
| Naam en voornaam: ...................................................................................................................................Adres: ................................................................................................................ n°: ......... postbus: ........Postcode: Gemeente: ...................................................................................................E-mailadres :………................................................................. Tel.: .......................................................... Geboortedatum: ........../........../.......... Datum onderzoek: ........../........../..........Naam oogarts: ............................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Gezichtsscherpte met optimale correctie**Zicht van ver: - RO ………./10 [ ] 1/20 [ ] <1/20 [ ] LW [ ] geen LW - LO ………./10 [ ] 1/20 [ ] <1/20 [ ] LW [ ] geen LW - Beide ogen ............/10 [ ]  1/20 [ ] <1/20 [ ] LW [ ] geen LWZicht van nabij: - RO: ………./10 - LO: ………./10 - Beide ogen: ………./10Correctie RO: ...................... Correctie LO: ......................Leescorrectie: ......................................Kleurenzicht beperkt: [ ] ja [ ] neeFotofobie: ................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Gezichtsveld**Concentrische vernauwing: ..... ° [ ] RO [ ] LO [ ] aan beide ogen < 5° [ ]  RO [ ]  LO [ ]  aan beide ogenHemianopsie: [ ] homoniem rechts [ ] homoniem links  [ ] heteroniem binasaal [ ] heteroniem bitemporaal [ ] horizontaal bovenwaarts [ ] horizontaal benedenwaartsQuadranopsie: [ ] bovenwaarts [ ] benedenwaarts[ ] nasaal [ ] temporaalBij een éénogige: [ ] beperking langs boven [ ] beperking langs onder[ ] beperking nasaal [ ] beperking temporaal***Bij een onregelmatig gezichtsveld verzoeken wij u, indien u erover beschikt, een Goldmann IV toe te voegen.*** |

**brailleliga**

vzw voor hulp aan blinde en slechtziende personen • Onder de Hoge Bescherming van Hare Majesteit de Koningin engelandstraat 57 • 1060 brussel • t +32 (0)2 533 32 11 • f +32 (0)2 537 64 26
info@braille.be • www.braille.be • rpr-btw BE 0402 992 834 • IBAN BE11 0000 0000 4848 • BIC BPOTBEB1

|  |
| --- |
| **Bijkomende informatie** [ ] centrale scotomen [ ]  totaal onvermogen doorlopende tekst te lezen [ ] één oog [ ] aan beide ogen [ ] merkbare stoornis bij lezen van doorlopende tekst [ ] één oog [ ] aan beide ogen[ ] cataract[ ] pseudofakie [ ]  bilateraal [ ]  RO [ ]  LO[ ] afakie [ ]  bilateraal [ ]  RO [ ]  LO[ ] nystagmus[ ] heeft moeilijkheden met lezen[ ] andere ................................................................................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Diagnose** ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Datum van ontstaan van aandoening: ........../........../..........**Huidige behandeling**.................................................................................................................................................................**Prognose**Kan de pathologie verbeteren? [ ] ja [ ] neenZo ja, op welke wijze? .............................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Gezichtsveld Schema van de perimeter van Goldmann** **LO RO** |

|  |
| --- |
| **Stempel en handtekening van de oogarts** |