

Medisch getuigschrift van gezichtsonderzoek

Naam en voornaam:

Adres: n°: postbus:

Postcode: Gemeente:

E-mailadres : Tel.:

Geboortedatum:/...../..... Datum onderzoek:/...../.....

Naam oogarts:

Gezichtsscherpte met optimale correcte

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 LW

Zicht van nabij:

- RO:/10 - LO:/10 - Beide ogen:/10

Correctie RO: Correctie LO:

Leescorrectie:

Kleurenzicht beperkt: ja nee

Fotofobie:

Gezichtsvel

Concentrische vernauwing: ° RO LO aan beide ogen
 < 5° RO LO aan beide ogen

Hemianopsie: homoniem rechts homoniem links
 heteroniem binasaal heteroniem bitemporaal
 horizontaal bovenwaarts horizontaal benedenwaarts

Quadranopsie: bovenwaarts benedenwaarts
 nasaal temporaal

Bij 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

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?

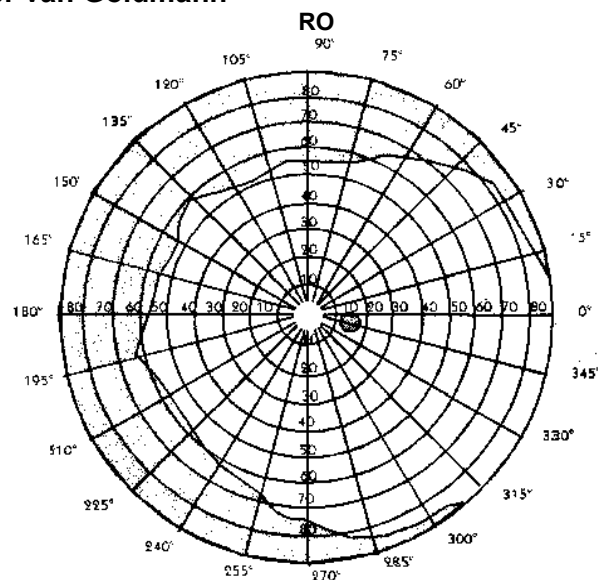
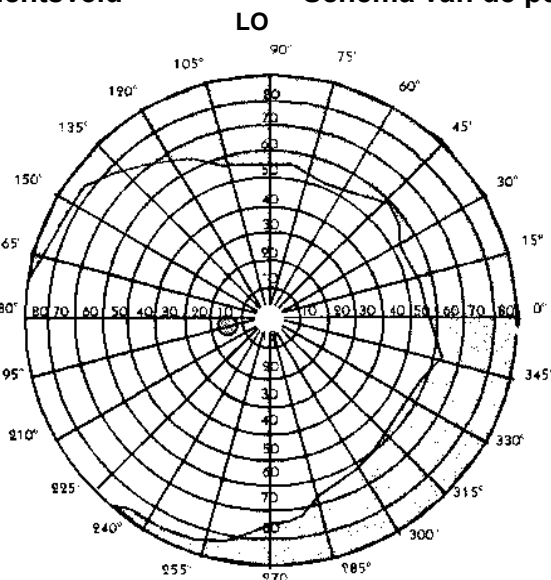
ja

neen

Zo ja, op welke wijze?

Gezichtsveld

Schema van de perimenter van Goldmann



Stempel en handtekening van de oogarts

.....
.....