**בדיקת ראייה**

אני הח"מ רופא עיניים/אופטומטריסט ................................ מאשר בזאת כי לאחר שזיהיתי את

גב'/מר .............................. לפי תעודת זהות מס' ...................... בדקתי**\*** את כושר ראייתו(ה) ולהלן

תוצאות הבדיקה:

1 .כושר הראיה: בלי משקפיים, חדות הראיה עין ימין ............. עין שמאל .............

2 .שדה ראיה: ............. מעלות

\*בדיקת ראייה תתבצע ללא משקפיים או עדשות מגע

חתימת רופא העיניים/האופטומטריסט ........................... חותמת ומס' רישיון: ..................

תאריך ............................. מקום: ................................

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**\*** **הערה**: בדיקת הראיה תבוצע אך ורק במכשירים מהסוגים המפורטים להלן או הדומים להם:

|  |  |
| --- | --- |
| **סוג המכשיר** | **היצרן** |
| DYSIII | Keystone |
| Optec 2500 | Stereo Optical, Inc. |
| Perimeter model T2a-ISR-P | Titmus Optical Inc. |