

Usmerjen izvid oftalmologa glede sposobnosti za vožnjo

Ime in priimek: _____ datum rojstva _____
 Naslov bivališča _____

Pregled za ugotavljanje sposobnosti za vožnjo motornih vozil kategorije _____ je bil opravljen v zvezi z: - zdravstvenim pregledom kandidata za voznika
 - zdravstvenim pregledom za podaljšanje veljavnosti vozniškega dovoljenja
 - kontrolnim zdravstvenim pregledom

I. Izvid pregleda dne

Centralna ostrina vida brez očal D _____	(jakost očal)/ (ostrina vida)
(v decimalkah) L _____	
očala D _____	;binokularno _____
L _____	
kontaktne leče D _____	;binokularno _____
L _____	
kontaktne leče in očala D _____	; binokularno _____
L _____	
položaj zrkel/giblјivost _____	normalno / ni normalno
sprednji deli _____	normalno / ni normalno
optični mediji _____	normalno / ni normalno
očesno ozadje _____	normalno / ni normalno
vidno polje _____	normalno / ni normalno
stereoskopski vid _____	normalno / ni normalno
mezopični / kontrastni vid brez zaslepitve _____	normalno / ni normalno
občutljivost na zaslepitev _____	normalno / ni normalno
optični pripomoček je pravilen in ustrezen za cestni promet:	da / ne

II. Rezultat pregleda:

Ugotovitve: _____

III. Ocena vidne ostrine za udeležbo v cestnem prometu:

1. Vidna ostrina zadostuje za vozniško dovoljenje zahtevane kategorije _____ da / ne
 z upoštevanjem naslednjih pogojev/omejitvev:

- a) z očali
- b) s kontaktno lečo ali očali (ima / nima)
- c) drugi pogoji in /ali omejitve: _____ da / ne

Vidna ostrina ne zadostuje, ker _____

2. Kontrolni pregled pri oftalmologu po _____ letu (letih) zaradi _____

IV. Pripombe:

Identiteta preiskovanca je bila ugotovljena.

Preiskava je bila izvedena v skladu z merili za ugotavljanje zmožnosti za vožnjo motornih vozil.

Kraj in datum _____

(žig zdravnika)

(podpis zdravnika)

S pomanjkljivim vidom sem bil seznanjen.

Kraj in datum: _____

(podpis preiskovanca)