

Keuringsformulier oogarts

Aan de medisch adviseur van het CBR,

Onderzoekdatum:

Geachte collega,

Betreffende:

Geboren:

Wonende:

Registratienummer:

kan ik u het volgende rapporteren

Visus **zonder** correctie: VOD _____ VOS _____ VODS _____

Visus **met** correctie: VOD _____ VOS _____ VODS _____

Draagt onderzochte altijd: een bril: ja nee contactlenzen: ja nee

Dioptrische waarden: OD _____ S _____ =C _____ AS: _____

corrigerende glazen resp. contactlenzen: OS _____ S _____ =C _____ AS: _____

Werd de gecorrigeerde visus bereikt met gebruik van contactlenzen en zo ja, kan onderzochte de contactlenzen ten minste 12 uur achtereen dragen? ja nee

Toestand **Media** en **Fundi**:

Gezichtsvelden volgens confrontatiemethode.

Bij gezichtsveldafwijkingen gaarne kopieën van het 90 graden programma van uw gezichtsveldapparaat (en niet van het 30 graden programma).

Bestaat er **Diplopie**: ja nee

Hebt u aanleiding te twifelen aan een normale donkeradaptatie? ja nee
Zo ja, kopie donkeradaptatie curve bijvoegen.

Bestaan er nog **andere afwijkingen** die het gezichtsvermogen nadelig kunnen beïnvloeden? ja nee

Ja, welke?

Oorzaak van de gevonden afwijkingen?

Zijn de bestaande oogafwijkingen **Progressief**? ja nee

Advies

Groep 1 categorie A / B / BE: onbeperkt 10 jaar 5 jaar 3 jaar 1 jaar ongeschikt

Groep 2 categorie C / D / E: onbeperkt 10 jaar 5 jaar 3 jaar 1 jaar ongeschikt

Eventuele opmerkingen met betrekking tot de rijgeschiktheid op andere dan oogheelkundige gronden:

Als de betrokkene in het bezit is van de rijbewijzen van groep 2, vragen wij u deze ook te beoordelen.

Naam specialist

Adres

stempel

Datum / handtekening - -