ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОФТАЛЬМОЛОГА

ФИО ребенка:_____

Дата рождения:_____

Дата обследования:_____

Острота зрения: правый_____ левый_____

в очках правый_____ левый_____

С коррекцией _____ _____

Характер зрения: _____

Девиация: вправо _____ _____ вверх_____

прямо _____ _____

влево _____ _____ вниз _____

Рефракция: правый _____ левый_____

Циклоплегия:_____

Глазное дно: _____

ДИАГНОЗ:

РЕКОМЕНДАЦИИ:

_____

_____

_____

_____

ВРАЧ: _____