

## שאלון לרופאי עיניים

### להורים

אתם מתבקשים לדאוג למילוי כל סעיפיו של טופס זה על ידי רופא עיניים מוסמך

### פרטים אישיים:

שם פרטי:	<input type="text"/>	שם משפחה:	<input type="text"/>
ת.ז.:	<input type="text"/>	תאריך לידה:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
יישוב:	<input type="text"/>	טלפון:	<input type="text"/>

מסגרת חינוכית: גן  ביה"ס יסודי  חט"ב  תיכון

### חדות ראייה

#### מרחוק

ללא תיקון	עין ימין	עין שמאל	בשתי העיניים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
עם תיקון אופטימלי	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### מקרב

ללא תיקון	עין ימין	עין שמאל	בשתי העיניים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
עם תיקון אופטימלי	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
מרחק הבדיקה	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### שדה ראייה

צמצום שדה ראייה 20-40 מעלות / אחר, פרט: \_\_\_\_\_

במידה ולא ניתן לבדוק בצורה סטנדרטית:

לא	כן	מרכזי	היקפי	אחר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
צפוי קושי בשדה ראייה בעין ימין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
צפוי קושי בשדה ראייה בעין שמאל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

אבחנה וכמה מילות הסבר בשפה ברורה: \_\_\_\_\_

### חלק עין פגוע:

עפעפיים  קרנית  עדשה  זגוגית  עצב הראייה  רשתית  CVI  קשתית  שרירי העיניים

תחזית: מצב יציב  החמרה  יש מקום להתערבות כירורגית

תאריך הבדיקה:  /  /  שם הרופא:  חתימה וחותמת הרופא:

להורים: אני החתום מטה מסכים שמידע רפואי זה יעבור למשרד החינוך. שם ההורה:  חתימה: