



שאלון לרופאי עיניים

להורים

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

פרטים אישיים

שם פרטי:		שם משפחה:	
ת.ז:		תאריך לידה:	/ /
ישוב:		טלפון:	

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

חדות ראייה

מרחוק	עין ימין	עין שמאל	בשתי העיניים
מקרוב	עין ימין	עין שמאל	בשתי העיניים

שדה ראייה

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

במידה ולא ניתן לבדוק בצורה סטנדרטית:

לא	כן	מרכזי	היקפי	אחר
☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	

צפוי קושי בשדה ראייה בעין ימין

צפוי קושי בשדה ראייה עין שמאל

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: