**Л Е К А Р С К О У В Е Р Е Њ Е**

**З А Д Е Л Е Г А Т А**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Обавезно уписати име и презиме делегата)

**НАПОМЕНА: Офталмолошки преглед може да врши искључиво спец.офталмолог.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Датум, бр.протокола и штамбиљ здравствене установе

**ОФТАЛМОЛОШКИ НАЛАЗ**

ВОД (без корекције): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВОС (без корекције): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВОД (са корекцијом): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВОС (са корекцијом): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мотилитет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фундус: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ишихара: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ АQ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

А) **Оштрина вида** – дозвољена је смањена оштрина вида на оба ока, која се може кориговати ношењем наочара или коришћењем контактних сочива до ВОУ=0,8.

Б) **Колорни вид** –дозвољени испад у колорном виду је од АQ=0,5 до АQ=3,0.

Д) Коришћење контактних сочива и наочара је дозвољено за обављање дужности делегата.

МИШЉЕЊЕ О СПОСОБНОСТИ НА ОСНОВУ ПРЕГЛЕДА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Факсимил и потпис офталмолога