PRZYCHODNIA
REHABILITACYJNO-LECZNICZA

Badanie ortoptyczne

Data badania: .....

Imię i nazwisko: .....

Wiek: .....

Ostrość wzroku:

V OP = Sn OP =

V OL = Sn OL =

COVER TEST

CT db ( )

CT dd ( )

konwergencja ….....

ruchomość gałek ocznych ….....

badanie na synoptoforze

c.cor s.cor

∡ ob = ∡ ob =

∡ sub = ∡ sub =

j.p ( )

f ( ) zakres conv. div.

s ( )

s bliż ( )

Przychodnia Rehabilitacyjno – Lecznicza „KARMELICKA”
ul. Karmelicka 26, 00-181 Warszawa
NIP: 525-15-68-717
tel.: (22) 635 67 02
tel.: +48 662 025 848
e-mail: biuro@przychodniapzn.pl
www.przychodniapzn.pl