



טופס קבלת מטופל

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
ת.ז: _____ כתובת: _____
עיר: _____ טלפון: _____
כתובת מייל: _____ מצב משפחתי: רווק/נשוי/גרוש/אלמן
מין: ז / נ (יש לסמן X) תאריך לידה: _____

1. האם סבלת ממחלה כלשהי? כן / לא במידה וכן פרט: _____
2. האם סבלת ממחלות עיניים בעבר? כן / לא במידה וכן פרט: _____
3. מאיזה גיל התחלת לראות מטושטש ולהרכיב משקפיים? _____
4. מתי בפעם האחרונה נאלצת להחליף משקפיים בשל ירידה בחדות הראיה? _____
5. האם את/ה מרכיב/ה עדשות מגע? כמה שנים? כמה שעות ביום באופן רצוף?
אם כן, רכות או קשות? ואם לא הרכבת, מדוע לא? _____
6. מתי בפעם האחרונה הרכבת עדשות מגע? _____
7. האם את/ה משתמש/ת בטיפות עיניים? כן / לא (פרטים) _____
8. האם את/ה מרגיש/ה שהעיניים שלך יבשות או צורבות? כן / לא (פרטים) _____
9. האם יש במשפחה מחלות תורשתיות הידועות לך? כן / לא במידה וכן פרט: _____
10. האם ידוע לך על מחלות עיניים במשפחה? כן / לא (פרטים) _____
11. האם יש במשפחה אנשים שראיתם נפגעה קשה? כן / לא במידה וכן פרט: _____
12. האם מישהו מהמשפחה הקרובה עבר טיפול להסרת משקפיים בלייזר? כן / לא _____
13. האם ידוע לך על מחלות עיניים במשפחה? כן / לא (פרטים) _____
14. מה עיסוקך העיקרי? שטח או משרד? _____
15. האם את/ה עוסק/ת בספורט? מה סוגו? _____
16. האם יש נושאים נוספים שברצונך לציין? אנא צייןם כאן: _____

הצהרת בריאות:

שם הלקוח: _____ חתימה: _____ תאריך: _____ / _____ / _____



גליון בדיקת עיניים:

תאריך: _____

תאריך:	שם מלא:	גיל:
--------	---------	------

רקע:

רגישות לתרופות: לא / כן (פרט):
טיפול תרופתי: לא / כן (פרט):

RIGHT EYE OD		LEFT EYE OS
6/	VISION SC	6/
6/	VISION CC	6/
	GLASSES	
	AUTO REF. (non dilated)	
6/	MANIFEST REFRACTION	6/
	Dominant Eye OD / OS	
	CYCLOPLEGIC REF.	

	PUPILS	
	PRESSURE (IOP'S)	
	Corneal THICKNESS	
	Basic Tear Secretion/ BUT	
clean	LIDS AND LASHES	
clear	CONJUNCTIVA	
clear	CORNEA	
deep and quiet	ANTERIOR CHAMBER	
clear / other	LENS	
normal / other:	OPTIC NERVE	
c/d ratio:		
normal	MACULA	
flat, no signs of RD, holes or tears	RETINA	
other -		

DIAGNOSIS (circle)		
PLAN (circle)		

הערות:

חתימת רופא / אופטומטריסט: _____