

בדיקת ראייה

אני הח"מ רופא עיניים/אופטומטראי _____ מאשר בזאת כי לאחר שזיהתי את
גב"מ/מר _____ לפי תעודת זיהוי מס' _____ בדקתי את כושר
ראייתו (ה) ולהלן תוצאות הבדיקה :

1. כושר הראיה : בלי משפיים, חדות הראיה עין ימין _____
עין שמאל _____
2. שדה ראייה : מלא _____ לא מלא _____
אין בתוצאות הבדיקה דבר העשוי למנוע ממנו (ה) לשמש כמציל/ה בבריכת שחיה,
זאת בידועי כי עבודת המציל/ה מחייבת צפייה רציפה על הנעשה במימי הבריכה.
חתימת רופא העיניים/האופטומטראי _____
חותמת ומס' רשיון : _____
תאריך _____ מקום : _____

- הערה : בדיקת הראיה תבוצע אך ורק במכשירים מהסוגים המפורטים להלן או הדומים להם :

סוג המכשיר	היצרן
DYSIII	Keystone
Optec 2500	Stereo Optical, Inc.
Perimeter model T2a-ISR-P	Titmus Optical Inc.