REQUISITI VISIVI PER LA GUIDA PAZIENTE MONOCOLO

Signore/a_____

Nato il _____ a _____

Monoculo/a da:	> 6 mesi	□	< 6 mesi	□
Patologia a carico dell'apparato visivo	Assente	□	Presente	□
Specificare patologia se presente:				
Rischio di progressione della patologia	Assente	□	Presente	□

CAMPO VISIVO BINOCULARE	RICHIESTA	OTTENUTA
Estensione orizzontale complessiva	120°	
Estensione verso destra	60°	
Estensione verso sinistra	60°	
Estensione verso l'alto	25°	
Estensione verso il basso	30°	
Difetti nei 30° centrali BINOCULARMENTE	No	

ATTENZIONE

Le condizioni oculari durante l'esecuzione degli esami non possono corrispondere alle condizioni oculari che si creano nelle situazioni di guida.

La presente certificazione comprensiva della patologia a carico dell'apparato visivo del richiedente viene rilasciata direttamente allo stesso su specifica richiesta.

Data:

Timbro e firma

del medico specialista in malattie dell'apparato oftalmico