

GÖZ MUAYENE RAPORU

ADI / NAME : _____
SOYADI / SURNAME : _____
BÖLÜMÜ / DEPARTMENT : _____
SİCİL NO / BADGE NO : _____

TARİH / DATE : _____
BÖLÜM AMİRİ / SUPERVISOR: _____

GÖZ MUAYENESİ / VISION EXAMINATION

UZAK / DISTANT				YAKIN / NEAR			
				(Meets Jeager #1 not less than 12" (30.48 cm) (In at least one eye, natural or corrected)			
DÜZELTİLMEMİŞ UNCORRECTED		DÜZELTİLMİŞ CORRECTED		DÜZELTİLMEMİŞ UNCORRECTED		DÜZELTİLMİŞ CORRECTED	
SAĞ GÖZ / RIGHT EYE :		SAĞ GÖZ / RIGHT EYE :		SAĞ GÖZ / RIGHT EYE :		SAĞ GÖZ / RIGHT EYE :	
SOL GÖZ / LEFT EYE :		SOL GÖZ / LEFT EYE :		SOL GÖZ / LEFT EYE :		SOL GÖZ / LEFT EYE :	
GÖZ RENK MUAYENESİ: COLOUR VISION : (Meets Ishihara's Test for Colour Deficiency: 38 Plates Edition)							

MUAYENE SONUÇLARI / EXAMINATION RESULTS

☐	☐	☐	ONAY / APPROVAL
GÖZLÜKSÜZ İŞ GÖRÜR	GÖZLÜKLÜ İŞ GÖRÜR	YETERSİZ	ADI SOYADI / NAME SURNAME :
GLASSES NOT REQUIRED	GLASSES REQUIRED	INSUFFICIENT	İMZASI / SIGNATURE :
			DATE / TARİH :