

# Отчет о проверке зрения (Visual Examination Report)

Отправьте отчет по почте или факсу по адресу:  
**Restricted Licensing**  
**Department of Licensing**  
**PO Box 9030**  
**Olympia, WA 98507**  
 Номер факса: (360) 570-7893  
 Адрес электронной почты:  
**MedicalCerts@dol.wa.gov**

Если данный заполненный бланк не будет отправлен в Department of Licensing (DOL) до \_\_\_\_\_, право на управление транспортным средством может быть приостановлено.

Информация о водителе/пациенте		
Полное имя (фамилия, имя, отчество)		
Дата рождения	(Код района) номер телефона для звонков в дневное время	Номер водительского удостоверения
Разрешение на выдачу информации		
Я даю разрешение нижеуказанному офтальмологу/оптометристу предоставить объяснение или информацию о состоянии моего зрения, основанную на результатах проверки, проведенной в течение этого года. Я понимаю, что на основании этой информации Department of Licensing примет решение относительно моей способности безопасно управлять транспортным средством.		
<b>X</b>		<b>X</b>
Подпись водителя	Дата	Подпись родителя (если водитель несовершеннолетний) Дата

Ophthalmologist/Optometrlist						
DOL has reason to believe the driver named above may have a condition that could affect the safe operation of a motor vehicle.						
Your knowledge of this person's condition is of great value in assisting us determine a proper licensing decision. <b>DOL has sole responsibility for any decision</b> regarding driving qualifications and licensure. <b>Answer ALL questions</b> and return to DOL.						
Date of examination (within past year)	Without correction			With correction		
	Right 20/	Left 20/	Both 20/	Right 20/	Left 20/	Both 20/
Answer the following						
1. This individual's best attainable visual acuity is . . . . . Vision that is not at least 20/70 Snellen range with correction, is deemed unqualified to drive at night.						
2. Was testing done with a visual acuity correction device: bioptic/telescopic lens? . . . . . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
3. Field of vision: Is this individual's total visual field less than 110 degrees in horizontal meridian with a test object? . . . . . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "Yes", visual field is: . . . . . Left temporal _____ degrees Right temporal _____ degrees If "Yes", have you noticed a decline in the field of vision in the last 12 months? . . . . . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
4. Does this individual have subjective diplopia and was tested for it? . . . . . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "Yes", how is the compensation achieved? _____						
5. Should DOL monitor this driver's condition with periodic Visual Examination Reports? . . . . . <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If "Yes", how often? . . . . . <input type="checkbox"/> 6 months <input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> 2 years						
Comments/Other conditions that may affect this person's driving						

Ophthalmologist/Optometrlist name		Professional license number
Address (Street address, City, State, ZIP code)		
(Area code) Telephone number	(Area code) Fax number	Email
I certify under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the information I have provided is true and correct.		
Date	Place (city or county) signed	<b>X</b> Ophthalmologist/Optometrlist signature