

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.		
X		X
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. DOL has sole responsibility for any decision regarding driving qualifications and licensure. Answer ALL questions 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	X Ophthalmologist/Optometrlist signature