

VISION EXAMINATION REPORT (All sections must be completed)

Dear Ophthalmologist (เรียน จักษุแพทย์)

In order for the insured received vision benefits under policy, please fill in the result of vision examination

Follow instruction as below: (เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยได้รับผลประโยชน์สายตาภายใต้กรมธรรม์ กรุณากรอกผลการตรวจสายตา คำแนะนำด้านล่างนี้)

Instruction (คำแนะนำ):

1. Please specify name-surname of insured, examination date (โปรดระบุ ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกัน วันที่ตรวจ)
2. Visual Acuity, Refraction Assessment, Tonometry and Optic Disc must be in form of number. **The wording normal, NA, None or any sign such as - / , are not acceptable.** (โปรดระบุค่า Visual Acuity, Tonometry and Optic Disc เป็นตัวเลข, Refraction Assessment ระบุเป็นตัวเลขค่าสายตาสั้น, ยาว, เอียง หากไม่มีค่าสายตาโปรดระบุตัวเลข +0.00 บริษัทฯ ไม่อนุญาติการบันทึกค่าเป็น Normal, NA , None, - หรือ เว้นว่าง)
3. For the other examination results, please specify the clear results.
***** The wording normal, NA , None or any sign such as - , / , are not acceptable. *****
 (สำหรับผลการตรวจอื่นๆ กรุณาระบุผลตรวจให้ชัดเจน *** บริษัทฯ ไม่อนุญาติการบันทึกค่าเป็น Normal, NA , None, - หรือ เว้นว่าง) ***
4. Please stamp hospital or clinic logo, name-surname of ophthalmologist and ophthalmologist license number (โปรดประทับตราโรงพยาบาลหรือคลินิก ลงชื่อ-นามสกุลของจักษุแพทย์ และเลขใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา)

SECTION A – PARTICULARS OF THE EXAMINEE

Name-Surname	Date of Birth (DD/MM/YY)	Sex
Examination Date (DD/MM/YY)	Policy No.	
If group insurance, name of the Policy Holder		

SECTION B – EXAMINING OPTOMETRIST’S REPORT

1. Please describe general condition of eyes			
2. Other abnormalities or observations: please specify			
3. Report on Vision Examination (as per symbols shown)			
Visual Acuity	O.S. =	O.D. =	
Refraction Assessment (Autorefractor)	O.S. =	O.D. =	
Tonometry	O.S. =	O.D. =	
Cornea	O.S. =	O.D. =	
Conjunctiva / Pterygium	O.S. =	O.D. =	
Lens / Cataract	O.S. =	O.D. =	
Retina	O.S. =	O.D. =	
Optic Disc	O.S. =	O.D. =	

The company is very grateful to you for following the instructions as above.

(บริษัทฯ ขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำข้างต้น)

กรุณาประทับตรา
โรงพยาบาลหรือคลินิก

Name-Surname of ophthalmologist: _____

Medical License No.: _____

Telephone No.: _____

