

## SURAT KETERANGAN HASIL PEMERIKSAAN MATA DARI KLINIK/RUMAH SAKIT

Telah melakukan pemeriksaan mata pada:

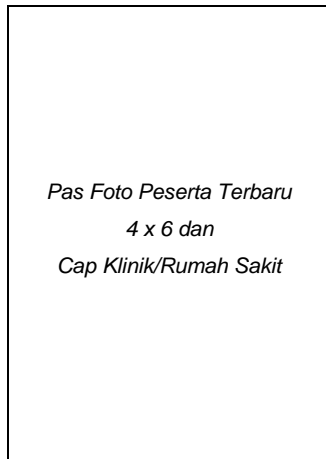
Nama : \_\_\_\_\_  
Usia : \_\_\_\_\_  
Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

dengan hasil sebagai berikut :

1. Penglihatan Warna (centang pada  yang sesuai)

Tidak Buta Warna       Buta Warna       Buta Warna Parsial

2. Catatan : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



....., ..... 20.....

(.....)

.....

*Keterangan : Cap Klinik/Rumah Sakit harus mengenai Foto dan Tanda Tangan Dokter*