



Namn på person som undersöks: _____

Arbetsgivare: _____ Arbetsuppgift: _____

NÖDVÄNDIG UNDERSÖKNING (avgiftsfri)

- ☐ Synundersökning
☐ Nyanställningsundersökning
☐ Återkommande undersökning
☐ Ögontrycksmätning

YTTERLIGARE UNDERSÖKNINGAR (avgiftsbelagd)

- ☐ Undersökning av stereoseende
☐ Undersökning av färgseende
☐ Undersökning av kontrastseende
☐ Undersökning för truck- och kranförare
☐ Undersökning av körseende
- ☐ Undersökning av trafikseende
☐ Undersökning för lokförare
☐ Intyg av synförmåga
☐ Undersökning för NDT
Arbetsuppgiftsanpassad synundersökning

FAKTURERING (obligatoriskt fält)

- ☐ Företag ☐ Företagshälsovård

Faktureringsadress: _____

Tilläggsuppgifter: _____

REMISSGIVARE

Datum ____ / ____ / ____

Namn: _____

Företagshälsovård: _____

Adress: _____

UTLÅTANDET SKA RETURNERAS ☐ Ja ☐ Nej

UTLÅTANDE

SYNSKÄRPA

Höger öga

Vänster öga

Båda ögonen

På långt håll utan glasögon: _____

På långt håll med glasögon: _____

På nära håll utan glasögon: _____

På nära håll med glasögon: _____

BEHOV AV GLASÖGON

- ☐ Inget behov
☐ De nuvarande fungerar
☐ De nuvarande är i dåligt skick
☐ Nya behövs

ÖGONTRYCK

Höger: _____

Vänster: _____

YTTERLIGARE UNDERSÖKNINGAR

- Kontrastseende: ☐ Normalt ☐ Avvikande _____
- Stereoseende: ☐ Normalt ☐ Avvikande _____
- Färgseende: ☐ Normalt ☐ Avvikande _____
- Synfält: ☐ Normalt ☐ Avvikande _____

BEHOV AV FORTSATT UNDERSÖKNING

- ☐ Rekommenderas kontroll av synergonomin vid arbetsplatsen och vid behov undersökning för särskilda arbetsglasögon.
☐ Skickas vidare till undersökning hos ögonläkare

Tilläggsuppgifter: _____

Datum ____ / ____ / ____ Silmäasemas verksamhetsställe: _____ Optiker _____