



Tutkittavan nimi _____

Työnantaja _____ Työtehtävä _____

TARVITTAVA TUTKIMUS (maksuton)

- näöntarkastus
 työhöntulotarkastus
 määräaikaistarkastus
 silmänpaineen mittaus

LISÄTUTKIMUKSET (maksullinen)

- stereonäkötutkimus
 värinäkötutkimus
 kontrastinäkötutkimus
 trukki- ja nosturinkulj. näkötutkimus
 ajonäkötutkimus
- liikennesäätötutkimus
 veturinkuljettajan näöntutkimus
 optikon todistus näkökyvystä
 NDT-tutkimus

LASKUTUS (pakollinen kenttä)

- Yritys Työterveyshuolto

Laskutusosoite _____

LISÄTIETOJA**LÄHETTEEN ANTAJA**

Päiväys ____ / ____ / ____

Nimi _____

Työterveyshuolto _____

Osoite _____

LAUSUNTO PALAUTETTAVA Kyllä Ei**LAUSUNTO****NÄÖNTARKKUUS**

Oikea silmä Vasen silmä Molemmin silmin

Kauas ilman laseja: _____

Kauas laseilla: _____

Lähelle ilman laseja: _____

Lähelle laseilla: _____

SILMÄLASIEN TARVE

- Ei tarvetta
 Nykyiset sopivat
 Nykyiset huonokuntoiset
 Tarvitaan uudet

SILMÄNPAINE

Oikea _____

Vasen _____

LISÄTUTKIMUKSET

- Kontrastinäkö: Normaali Poikkeava _____
- Stereonäkö: Normaali Poikkeava _____
- Värinäkö: Normaali Poikkeava _____
- Näkökenttä: Normaali Poikkeava _____

JATKOTUTKIMUKSEN TARVE

- Suositellaan työpisteen ergonomian tarkastusta ja tarvittaessa erityistyölasitarkastusta Ohjataan silmälääkärin tutkimukseen

LISÄTIETOJA

Päiväys ____ / ____ / ____

Silmäaseman toimipaikka _____

Optikko _____