



Tutkittavan nimi _____

Työnantaja _____ Työtehtävä _____

TARVITTAVA TUTKIMUS (maksuton)

- ☐ näöntarkastus
☐ työhöntulotarkastus
☐ määräraikastarkastus
☐ silmänpaineen mitta

LISÄTUTKIMUKSET (maksullinen)

- ☐ stereonäkötutkimus
☐ värinäkötutkimus
☐ kontrastinäkötutkimus
☐ trukki- ja nosturinkulj. näkötutkimus
☐ ajonäkötutkimus
- ☐ liikennenäkötkim
☐ veturinkuljettajan näöntutkimus
☐ optikon todistus näkökyvystä
☐ NDT-tutkimus
työtehtävään räätälöity näöntutkimus

LASKUTUS (pakollinen kenttä)

- ☐ Yritys ☐ Työterveyshuolto

Laskutusosoite _____

LISÄTIETOJA _____

LÄHETTEEN ANTAJA

Päiväys ____ / ____ / ____

Työterveyshuolto _____

Nimi _____

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

SILMÄNPAIN

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 _____