

**Kontaktuppgifter till Silmäasema silmaasema.fi**

Bokad tid \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ klockan \_\_\_\_\_

Silmäasema \_\_\_\_\_

**Person som undersöks**

Namn \_\_\_\_\_

Arbetsgivare \_\_\_\_\_

Arbetsuppgift \_\_\_\_\_

**Nödvändig undersökning**

(avgiftsfri)

- synundersökning  
 nyanställningsundersökning  
 återkommande undersökning  
 ögontrycksmätning  
 annan, vad?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ytterligare undersökningar**

(avgiftsbelagd)

- undersökning av stereoseende  
 undersökning av färgseende  
 undersökning av kontrastseende  
 undersökning för truck- och kranförare  
 undersökning av körseende  
 undersökning av trafikseende  
 intyg av synförmåga  
 undersökning för kontaktlinser  
 undersökning för NDT

- undersökningspråk engelska  **kunden** betalar själv  
 **fakturer**ing

Faktureringsadress: \_\_\_\_\_

Tilläggsuppgifter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Remissgivare**

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Företagshälsovård \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

**Utlåtandet ska returneras**

- ja  nej

# UTLÅTANDE

<b>Synskärpa på långt håll</b>	Höger öga	Vänster öga	Båda ögonen
Utan glasögon:	_____	_____	_____
Med de nuvarande glasögonen:	_____	_____	_____
Med de nya glasögonen:	_____	_____	_____

<b>Synskärpa på nära håll</b>	Höger öga	Vänster öga	Båda ögonen
Utan glasögon:	_____	_____	_____
Med de nuvarande glasögonen:	_____	_____	_____
Med de nya glasögonen:	_____	_____	_____

## Behov av glasögon

inget behov  de nuvarande fungerar  de nuvarande är i dåligt skick  nya behövs

**Ögontryck** Höger \_\_\_\_\_ Vänster \_\_\_\_\_

## Ytterligare undersökningar

Testresultat

Kontrastseende _____	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> avvikande
Stereoseende _____	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> avvikande
Färgseende _____	<input type="checkbox"/> normalt	<input type="checkbox"/> avvikande

## Behov av fortsatt undersökning

- kontroll av ergonomi vid skrivbordet
- undersökning för särskilda arbetsglasögon
- skickas vidare till undersökning hos ögonläkare

**Tilläggsuppgifter** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ Optiker \_\_\_\_\_