

LÄHETE OPTIKOLLE

Nimi	Syntymäaika	
Toimipaikka ja laskutusosoite		
Päivämäärä	Lähetteen antaja	Toimipiste

☐ Lähetä palautettava lähetteen antajalle

LÄHETTEEN SYY/TARKOITUS

Lähetteen antaja täyttää

TARVITTAVAT TUTKIMUKSET

☐ Näöntarkastus	☐ Kontrastinäkö
☐ Työhöntulotarkastus	☐ Värinäkö
☐ Ajonäkötutkimus	☐ Stereonäkö
☐ Silmänpaineen mittaus	☐ NDT-tutkimus: _____
☐ Muu tutkimus, mikä _____	

Lisätiedot

OPTIKON PALAUTE

NÄÖNTARKKUUS	OD	OS	BIN
Kauas ilman laseja	_____	_____	_____
Kauas laseilla	_____	_____	_____
Lähelle ilman laseja			_____
Lähelle laseilla			_____
Silmänpaine _____ / _____			

Muut huomiot näkemisestä

MUUT TUTKIMUKSET

TULOS

☐ Normaali	☐ Poikkeava
☐ Normaali	☐ Poikkeava
☐ Normaali	☐ Poikkeava

SILMÄLASIEN TARVE

☐ Ei tarvetta	☐ Nykyiset sopivat	☐ Huonokuntoiset	☐ Tarvitaan uudet
--------------------------------------	---	---	--

JATKOTOIMENPITEET

☐ Ei jatkotoimenpiteitä
☐ Silmälääkärin tutkimus tarvitaan, syy _____
☐ Suositellaan työpisteen ergonomian tarkastusta ja tarvittaessa erityistyölasien tarpeen arviointia

Lisätiedot

Päiväys

Optikon/optometristin allekirjoitus