

Työterveyshuollon lähete työnäkö tutkimukseen

Nimi _____ Syntymäaika _____

Tietojani saa luovuttaa työterveyshuollolle, optikkoliikkeelle ja silmälääkärille _____
Allekirjoitus

Lähetteen antaja _____

Pvm _____ Ergonomiamittauksen tekijä _____

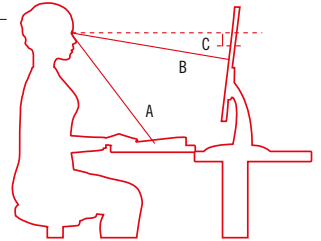
Lähetteen palautusosoite _____

Työnantaja _____

Laskutusosoite _____

Työnantaja korvaa erityistyölaseista: Kehys _____ € Linssit Pinnoilla Ilman pintoja

Erityistyölaseit vaativat hyväksynnän Kyllä Hyväksyjän allekirjoitus _____
 Ei Sopimuksen mukaan



TYÖSSÄ TARVITTAVAT KATSELUETÄISYYDET

	Pääte 1	Pääte 2	Säätövara
Näppäimistöön / pöydälle (A)	_____	_____	_____ / _____
Kuvaruudulle (B)	_____	_____	_____ / _____
Katseen vaakatasosta ylimpään tekstiriviin (C)	_____	_____	_____ / _____
Muu tärkeä katseluetäisyys	_____	_____	_____ / _____
Kaukokatselun tarve työssä (yli 100 cm)	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Tarvittava etäisyys _____	
Pienimmän kirjaimen korkeus ruudulla	_____ mm	Näytön koko _____	

Lisätietoja _____

PALAUTE

Näöntarkkuus:

Ilman laseja O: _____ / V: _____ Laseilla O: _____ / V: _____

Yleislaseit:

<input type="checkbox"/> Ei tarvitse	<input type="checkbox"/> Nykyiset sopivat	<input type="checkbox"/> Tarvitsee uudet	Vahvuudet O: _____
<input type="checkbox"/> Yksiteho kaukolaseit	<input type="checkbox"/> Kaksiteholaseit	<input type="checkbox"/> Syväterävät lähilaseit	V: _____
<input type="checkbox"/> Yksiteho lähilaseit	<input type="checkbox"/> Moniteholaseit	<input type="checkbox"/> Toimistomonitehot	Add: _____

Erityistyölaseit:

<input type="checkbox"/> Ei tarvitse	<input type="checkbox"/> Nykyiset sopivat	<input type="checkbox"/> Tarvitsee uudet	Vahvuudet O: _____
<input type="checkbox"/> Yksiteholaseit	<input type="checkbox"/> Toimistomonitehot	<input type="checkbox"/> Syväterävät lähilaseit	V: _____
<input type="checkbox"/> Muut linssityypit ja perustelu _____			Add: _____

Erityistyölasein perustelu: Poikkeava vahvuus Poikkeava linssityyppi Poikkeava asennus Muu syy perusteltuna

Perustelu kirjallisesti, lisätietoja: _____

_____ / _____ 20 _____ Lausunnon antajan allekirjoitus ja nimen selvitys

Synsam-liike Osoite Puh.