

Butik

TIDSBOKNING

Namn på den som undersökt synen

Datum

/

kl.

tfn

Synundersökningen faktureras till:

Terminalglasögonen ska faktureras till:

Ersättning för bågar €

Andra begränsningar

Remissen har getts av

Företaget/representant

E-post

Tfn

Underskrift/position i företaget

Den undersöktas namn

Personbeteckning

E-post

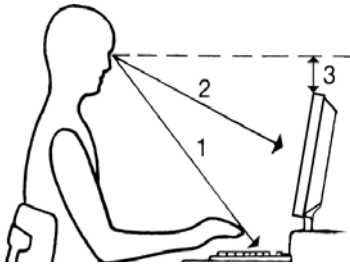
Tfn

Arbetsbeskrivning

AVSTÅND (cm) och JUSTERINGSMÖJLIGHET (cm)

Avstånd

Justeringsmöjlighet



1. Till tangentbordet

/

2. Till datorskärmen

/

3. Från synlinjen till översta textraden

/

4. Andra viktiga avstånd, t.ex. till dokumenthållaren

/

Datorskärmens storlek

(cm)

Fontstorlek/höjden på lilla "r" på skärmen

(mm)

Arbetstiden vid datorn är Kontinuerlig Omväxlande

(timmar/dag)

Behov att se längre (över 1 m) Ja Nej

Symptom/problem

FÖR ATT ERSÄTTNING SKA KUNNA BEVILJAS KRÄVS UTLÅTANDE AV DEN SOM UNDERSÖKT SYNEN (fyll i alla punkter)

Synskärpa utan glasögon H

V

Med glasögon H

V

Behövs glasögon Nej

Tidigare passar

Normala glasögons behövs

Terminalglasögon behövs

Normala glasögon

Enkelslipade närglasögon

Enkelslipade avståndsglasögon

Dubbelslipade

Progressiva

Normala glasögon H

V

ADD

Terminalglasögon behövs Ja Nej

Enkelslipade

Dubbelslipade

Närprogressiva

Progressiva

Motivering

Avvikande styrka

Avvikande ställning

Avvikande linstyp

Annat skäl

Terminalglasögon H

V

ADD

Mer information/motivering för terminalglasögonen

Ort och datum

/

20

Företagshälsovårdens godkännande

Underskrift och namnförtydligande av den som undersökt synen