

Rekvisition för synundersökning och eventuella arbetsglasögon

Arbetsplatsglasögon/bildskärm

Skyddsglasögon

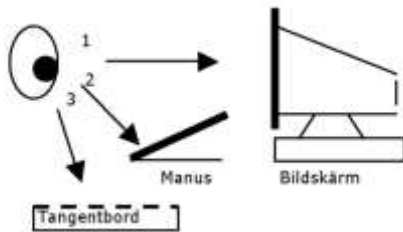
Namn _____ Anställnings nr _____

Personnr _____ Ansvarsområde _____

Mät upp och fyll i vilka arbetsavstånd du har i ditt dagliga arbete innan undersökningen. Naturlig arbetsställning. Med hjälp av arbetskamrat mät från pannan och fram till de olika föremålen på arbetsplatsen. Avrunda till hela cm.

Bildskärmsarbete reception etc.

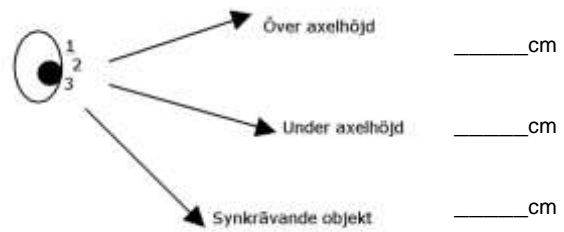
Övriga arbetsuppgifter med specifika synkrav



_____ cm

_____ cm

_____ cm



_____ cm

_____ cm

_____ cm

Arbetsuppgifter:

Kontor

Lager

Verkstad

Övrigt

Skärmtimmar _____ /dag

Övrigt _____

Företaget tillhandahåller arbetsplatsglasögon till anställda enligt avtal med **Synologen** (www.synologen.se). För att glasögonen ska få optimal funktion bör sökanden före optikerbesöket mäta arbetsavstånden och övriga synavstånd och kort beskriva behoven i synarbetsmiljön.

Underskrift chef _____

Datum _____

Refnr _____