



A foglalkozás-egészségügyi szolgáltató megnevezése,
cégszerű bélyegzője

.....

Beutalás képernyő előtti munkavégzéshez kapcsolódó szemészeti szakvizsgálatra

(A foglalkozás-egészségügyi orvos tölti ki.)

A munkavállaló neve: Szül.: év hó nap

Lakcíme:

Munkaköre: TAJ száma:

Tevékenység leírása, különös tekintettel az elvégzendő látási feladatokra (milyen távol helyezkedik el a monitor, a billentyűzet, kell-e nyomtatott szöveget is olvasni munka közben, kell-e egyidejűleg vagy gyors egymásutánban távolabb elhelyezkedő személyekkel kapcsolatot tartani stb.):

váltakozó fókuszálás

A szemészeti szakvizsgálatot indokoló látórendszeri panasz:

Napi munkaidejéből legalább 4 órán keresztül rendszeresen képernyős eszközt használt:

igen

nem

A vizsgálat oka: munkába lépés előtti, munkakör (hely) változás előtti, időszakos, soron kívüli*

Kelt: , év hó napján

.....
foglalkozás-egészségügyi szolgáltató orvosának
aláírása, hiteles bélyegzője

PH.

* A megfelelő rész aláhúzendó!