

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. ):

A szemészeti vizsgálatot 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

P.H.

1. Számú melléklet a 3/2002. ( VIII. 30. ) ESzCsM rendelethez

\*A megfelelő rész aláhúzendó!

A 3510-222 r.sz. Nyomell KFT  
Tel/fax:383-6342