

## Företagsglasögon

Rekvisation för synundersökning och inköp av arbetsglasögon  
Fylls i innan synundersökning hos Sala Optik

Bildskärmsglasögon

Skyddsglasögon

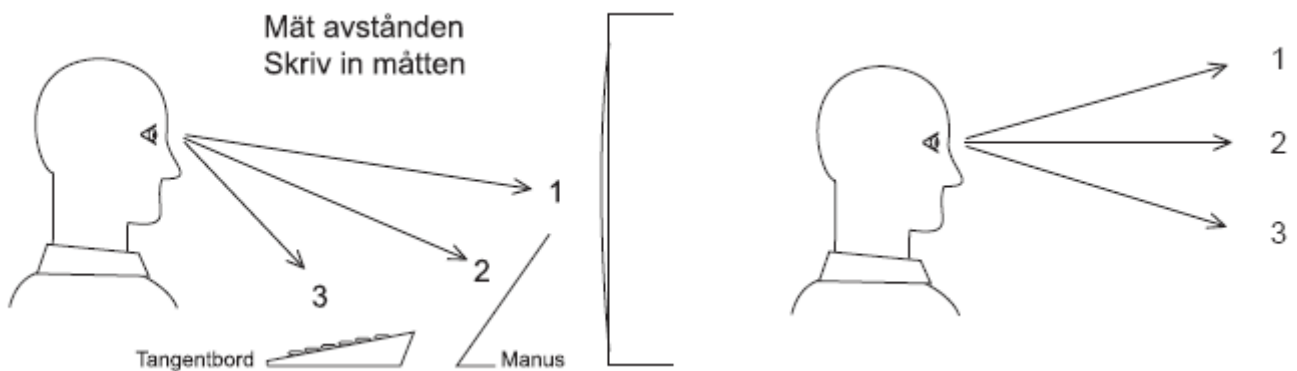
Företag: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Fakturaadress: \_\_\_\_\_

Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Referens: \_\_\_\_\_



### Synavstånd i olika arbetsuppgifter

Ta helst hjälp av en arbetskamrat för att mäta avstånden

Beskriv dina vanligaste arbetsuppgifter: \_\_\_\_\_

Har du synbesvär? Ja  Nej

Vilka besvär? \_\_\_\_\_

Timmar vid bildskärm per dag \_\_\_\_\_

Arbetsgivaren ersätter synundersökning och arbetsglasögon vid behov enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

Datum \_\_\_\_\_

Attest \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_