

# Lääkärintarkastus

Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja -toimipaikka	
Puhelinnumero	Sähköpostiosoite	

## TUTKIMUSLÖYDÖKSET

Pituus (cm) / Paino (kg) / BMI	Verenpaine		Syke
Näkö ilman laseja	Oik.	Vas.	Yht. näkö
Näkö laseilla	Oik.	Vas.	Yht. näkö
Näkökentät sormiperiatrialla	Oik.	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Vajaa	
	Vas.	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Vajaa	
Kuulo m/m	Romberg	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	
Sydän- ja verenkiertoelimet	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	
Hengityselimet	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	
Vatsan alue	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	
Tuki- ja liikuntaelimet	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	
Neurologia	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	
Psykye	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	
Silmät	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	
Korvat	<input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Poikkeava	selvitys:	

## JOHTOPÄÄTÖKSET

Käytettävä silmälaseja	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
Onko erikoislääkärin lausunto tarpeellinen	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei erikoisala:
Tutkittava voi ohjastaa ravikilpailuissa	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei

Paikka ja aika

Lääkärin allekirjoitus

Nimenselvennys ja yksilöintitunnus

Lomake toimitetaan kirjeenä osoitteeseen  
Suomen Hippos ry Tulkinkuja 3 02650 Espoo  
tai sähköpostin liitetiedostona osoitteeseen  
kilpailu@hippos.fi