

## 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<br>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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

toimitetaan liitteenä os. [kilpailu@hippos.fi](mailto:kilpailu@hippos.fi) tai  
postitse Suomen Hippos ry, Ravitie 1, 00370 Helsinki

Nimenselvennys ja yksilöintitunnus

\_\_\_\_\_