

Läkarintyg

Körsven

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning
Adress		Postnummer- och stad
Telefonnummer	E-postadress	

UNDERSÖKNINGSRESULTAT

Längd (cm) / Vikt (kg) / BMI	Blodtryck		Puls
Syn utan glasögon	Höger	Vänster	Med båda ögonen
Syn med glasögon	Höger	Vänster	Med båda ögonen
Synfält med fingerperimetri	Höger	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Nedsatt	
	Vänster	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Nedsatt	
Hörsel m/m	Romberg	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	
Hjärt och kärlorgan	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	
Lungorna	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	
Magområdet	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	
Stöd- och rörelseorgan	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	
Neurologi	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	
Psyket	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	
Ögon	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	
Öron	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Onormal	Förklaring:	

SLUTSATSER:

Bör använda glasögon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Finns det behov av specialistutlåtande	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Specialområde:
Den undersökta kan fungera som körsven	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Ort och tid

Läkarens underskrift

Skicka som bilaga till kilpailu@hippos.fi
eller per post till Suomen Hippos ry,
Valjakkotie 1 D, 02600 ESPOO

Namnförtydligande och identifikationskod
