Bioanalyytikon tutkinto-ohjelma

**Optikon / Optometristin / Silmälääkärin lausunto**

Tutkittavan nimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Näkökyky** (tarvittaessa laseilla korjattuna)

 Oikea silmä

 Vasen silmä

**Karsastus**

**Onko väriaisti normaali?**

**Onko stereonäkö normaali?**

**Pidättekö tutkittavaa silmiensä puolesta sopivana laboratoriotyöhön (mikroskopia)?**

**Paikka \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_\_**

**Optikon / Optometristin / Silmälääkärin allekirjoitus**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**