

## MEDITSIINILINE TÕEND

1. Kehtiv alates \_\_\_\_\_ kuni \_\_\_\_\_
2. Eesnimi \_\_\_\_\_ Perekonnanimi \_\_\_\_\_
3. Aadress \_\_\_\_\_
4. Nägemise kontroll:
  - a) nägemivõime P \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_  
prillidega P \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_
  - b) Värvinägemine \_\_\_\_\_
5. Veregrupp \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_
6. Käeoleva hetke tervislik seisund ja eelnevalt põetud haigused: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Sobivuse hinnang \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Läbivaataja täielik nimi \_\_\_\_\_
9. Ametikraad \_\_\_\_\_
10. Aadress \_\_\_\_\_

Arsti allkiri ja pitsat

Uuritava allkiri