

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