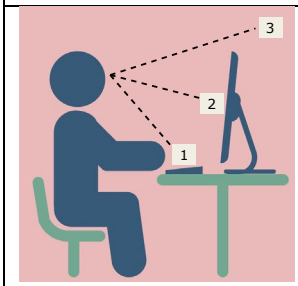
UMEÅ UNIVERSITET

Beställning av synundersökning, bildskärmsglasögon och skyddsglasögon

Beställningsinformation	
Namn	
Institution/enhet/motsvarande	
Personnummer	
Telefonnummer	
E-post	
Beställningen avser	☐ Synundersökning ☐ Bildskärmsglasögon ☐ Skyddsglasögon
Antal skärmtimmar per dag	
Beskrivning av eventuella besvär (i dialog med företagshälsovården)	
	1. Avstånd till tangentbord i cm: 2. Avstånd till bildskärm/bildskärmar i cm: 3. Behov av rumsprogressiva (ja/nej)?
Datum:	Referensnummer till institutionen/enheten (format 1234ABC):
Beslutande chefs namn:	Underskrift av beslutande chef (digital signering i EduSign fungerar också):
Beslutande chefs telefonnummer:	Beslutande chefs e-post: