



FORMULÄR FÖR RESULTATMEDDELANDE TILL UNDERSÖKTA

Nummer:

Namn:

Undersökningsdatum: ____/____/ 200____ Ort:

Längd _____ cm Vikt _____ kg

Midjeomfång _____ cm Höftomfång _____ cm

Blodtryck 1:a mätning Syst. _____ Diast. _____ Puls _____

2:a mätning Syst. _____ Diast. _____

Resultat av spirometrisk undersökning: VC _____ FEV_{1.0} _____ FEV_{1.0} % _____

Närsyn: God I någon mån försvagad Klart försvagad

Fjärrsyn: God I någon mån försvagad Klart försvagad

Hörsel, medelvärde av tre frekvenser (dB), bättre örat:

God Skälig Försvagad

Övriga meddelanden:

Vi sänder Er i efterhand ett brev med resultaten av laboratorieundersökningarna och mätningarna av funktionsförmågan.

TACK FÖR ER MEDVERKAN!