

Terveydentilasi vaikuttaa ammatinvalintaan ja ajokortin saamiseen. Terveystarkastuksessa on arvioitu niihin vaikuttavia terveydellisiä rajoitteitasi. Ilmoitat mahdolliset rajoitteet itse, kun haet ammatillisen koulutuksen opiskelupaikkaa tai ajokorttilupaa. Siksi sinun on tärkeää muistaa ne.

**Säilytä tämä yhteenveto**, jotta voit palata tietoihin silloin, kun asiat ovat sinulle ajankohtaisia. Huomioi, että nämä tiedot kertovat tämän hetken tilanteesta. Myöhemmät muutokset terveydentilassasi voivat vaikuttaa ammatinvalintaan ja ajoterveyteen.

Nimi \_\_\_\_\_

### Jatko-opinnot ja ammatinvalinta

- Ei tällä hetkellä terveyteen liittyviä ammatinvalinnan rajoitteita.
- Jatko-opinnoissa ja ammatinvalinnassa huomioitavat asiat: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Näytä tämä yhteenveto oppilaanohjaajalle, jos koululääkäri on todennut sinulla ammatinvalintaan vaikuttavia rajoitteita ja olet hakemassa ammatilliseen koulutukseen.

**Lisätietoja:** [opintopolku.fi/konfo/fi/](http://opintopolku.fi/konfo/fi/) (Opetushallitus)  
[www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/toissa-terveena-ammatinvalinta-allergia-ihottuma-ja-astma](http://www.ttl.fi/teemat/tyoterveys/toissa-terveena-ammatinvalinta-allergia-ihottuma-ja-astma) (Työterveyslaitos, ttl.fi)

### Ajoterveys

Silmien yhteisnäkö (kaukonäkö) ilman laseja \_\_\_\_\_ ja lasien kanssa \_\_\_\_\_.

- Ei tällä hetkellä ajoterveyttä heikentäviä tekijöitä.
- Ajoterveyteen vaikuttavat asiat: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Jos sinulla ei ole ajoterveyteen vaikuttavia sairauksia, täytät ajolupaa hakiessasi oman vakuutuksen terveydestäsi. Näöntutkimuksen on oltava alle vuoden vanha, joten voit tarvita uuden tutkimuksen. Näöntutkimuksen voi tehdä terveydenhoitaja, lääkäri tai optikko. Jos sinulla on ajokykyyn vaikuttavia sairauksia, tarvitset lääkärinlausunnon ajokyvystä.

**Lisätietoja:** [ajokortti-info.fi](http://ajokortti-info.fi) (Traficom)

### Muita huomioita terveydestäsi

Paino \_\_\_\_\_ kg    Pituus \_\_\_\_\_ cm    Verenpaine \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_      Lääkärin allekirjoitus: \_\_\_\_\_