

# Vision Acuity Examination

Name and Surname Jméno a příjmení			
Date of Birth Datum narození		Identification No. Identifikační číslo	

The purpose of this examination is to determine if the individual meets the qualification requirements acc. to **ISO 9712, SNT-TC-1A, and EN4179 / NAS410**. Please perform the examinations indicated below. **Substitutions in examinations will not be authorized**  
 Účelem této zkoušky je zjistit, zda osoba splňuje kvalifikační požadavky pro certifikaci v souladu s **ISO 9712, SNT-TC-1A, nebo EN4179 / NAS410**. Provedte prosím níže uvedené zkoušky. **Záměny prováděných zkoušek nebudou schváleny.**

## 1. Near Vision Acuity (annual)

The individual shall be capable of reading **Jaeger No. 1** on standard reading test-plate (or where acceptable by standard **Times New Roman N 4.5**) at a distance of not less than 30.5 cm (12 in.), uncorrected or corrected, in at least one eye. Use of temporary sight-enhancing media is forbidden

Osoba bude schopna přečíst text **Jaeger No. 1** na standardních čtecích destičkách (nebo kde akceptováno normou **Times New Roman N 4.5**) ze vzdálenosti alespoň 30,5 cm, bez korekce nebo s korekcí, alespoň jedním okem. Užívání prostředků pro krátkodobé zlepšení vidění je zakázáno.

- ABLE / UNCORRECTED  
 SCHOPEN / BEZ KOREKCE
  ABLE / CORRECTED  
 SCHOPEN / S KOREKČÍ
  UNABLE  
 NESCHOPEN

## 2. Far Vision Acuity (annual)

① To be carried out with individuals who are conducting Visual Testing.

① Provádí se u osob, které provádějí Vizuální zkoušení.

The individual shall be able to correctly identify **standard optotypes in accordance with ISO 8596**, visual acuity level 0.63, uncorrected or corrected, in at least one eye.

Osoba bude schopna správně interpretovat **standardní optotypy v souladu s normou ISO 8596**, stupeň ostrosti vidění 0,63, bez korekce nebo s korekcí, alespoň jedním okem.

- ABLE / UNCORRECTED  
 SCHOPEN / BEZ KOREKCE
  ABLE / CORRECTED  
 SCHOPEN / S KOREKČÍ
  UNABLE  
 NESCHOPEN
  NOT REQUIRED  
 NENÍ POŽADOVÁNO

## 3. Color Perception (every 5 years)

Color perception shall be assessed by **Ishihara 24-plate test**. The individual shall be able to distinguish contrast between the colors used in the NDT method (as specified by the Employer).

Vnímání barev se posuzuje pomocí **Ishiharovy 24-destičkové zkoušky**. Osoba musí být schopna rozlišit kontrast mezi barvami užívanými v metodě NDT (jak specifikuje zaměstnavatel).

- NO DEFICIENCY  
 BEZ VADY
  WITH DEFFICIENCY  
 S VADOU
  NOT REQUIRED  
 NENÍ POŽADOVÁNO

## 4. Shades of Grey Perception (every 5 years)

① To be carried out with individuals who are conducting tests using shades of grey, e.g. Radiographic Testing, TOFD, etc

① Provádí se u osob, které provádějí zkoušení s použitím odstínů šedi, např. Radiografická metoda, TOFD atd.

Shades of grey perception shall be assessed by the **Skerik grey scale test** or an equivalent.

Vnímání odstínů šedi se posuzuje pomocí **Škeříkova testu stupnice šedi** nebo ekvivalentního testu.

- NO DEFICIENCY  
 BEZ VADY
  WITH DEFFICIENCY  
 S VADOU
  NOT REQUIRED  
 NENÍ POŽADOVÁNO

## Medically Recognized Person

① The examination was performed by an oculist, optometrist or other medically recognized person listed below. Employer was informed about any difficulty observed.

① Zkoušku provedl oční lékař, optometrista, nebo jiná lékařská uznávaná osoba uvedená níže. Zaměstnavatel byl informován o všech zjištěných obtížích.

Name and Surname Jméno a příjmení		Signature and Stamp Podpis a razítko
Date of Examination Datum zkoušky		

## Acceptance by Employer's Representative

Name and Surname Jméno a příjmení		Signature and Stamp Podpis a razítko
Date of Acceptance Datum uznání		