

Optikerremiss till Ögonkliniken Kalmar

Angående

Personnr

Namn

Adress

Telefon

Arbete

Mobil

SMS-påminnelser om bokade tider önskas Ja Nej

Inremitterande optiker (namn)

Problembeskrivning/Frågeställning Max 1000 tecken

Datum

Optiker (Fullständig adress och tfn)

Nyttillkommet krokseende Nej Ja

Aktuell synnedättning sedan < 1 månad < 3 månader < 6 månader >6 månader

Visus på långt och nära håll med bästa korrektion , ange denna

Höger Kontaktlins

Vänster Kontaktlins

Befintlig korrektion

Höger Enligt ovan

Vänster Enligt ovan

Visus och korrektion vid föregående undersökning , ange denna (om annan än ovanstående)

Datum:

Höger Kontaktlins

Vänster Kontaktlins

Ögontryck

Höger

Vänster

Behov av tolk

Nej Ja Språk

Patienten ger sitt medgivande till remissförfarandet.

Underskrift _____

Skriv ut och posta till: Ögonkliniken, Länssjukhuset i Kalmar, 391 85 Kalmar