

Optikerremiss till Ögonkliniken Västervik

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 synnedsättning 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, Västerviks sjukhus, 593 81 Västervik