

Remiss till ögonsjukvården Värmland

Remitterande optiker (fullständig adress):

Patientuppgifter

Personnummer:

Namn:

Gatuadress:

Postadress:

Telefonnr/mobilnr:

Remissdatum:

Tolk: Nej Ja, språk:

Anamnes	Remissorsak:	Höger öga	Vänster öga	Plötslig debut	Sakta ökande	Sedan (tid)
	<input type="checkbox"/> Synnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Krokseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Rött öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Värk i öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Ser svarta prickar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Ögontryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Annan orsak:					
Övrig sjukhistoria:						
Status	Aktuell synskärpa, datum:	Höger öga: Synskärpa sf cyl ax			Vänster öga: Synskärpa sf cyl ax	
	Tidigare synskärpa, datum:	Höger öga: Synskärpa: sf cyl ax			Vänster öga: Synskärpa: sf cyl ax	
	Ögontryck höger öga:				Ögontryck vänster öga:	
	Undersökningsfynd höger öga:				Undersökningsfynd vänster öga:	
	Övrigt:					
Glas enligt aktuell refraktion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				Kontaktlinser: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

(Underskrift)

(Namnförtydligande)