|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer:\_\_\_\_\_\_ | Optikerfirma  |
| Namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Gatuadress:\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Postnr och postadress:  | Remitterande optikerns namn  |
| Telefon hem/mobil/arbete Sms-påminnelse  Ja [ ] Nej[ ]  |

**Anamnes** Höger Vänster Plötslig Sakta

öga öga debut ökande Sedan (dat)

[ ] Synnedsättning[ ] [ ] [ ] [ ]  ****

Grumliga medier: Ja[ ] Nej[ ] Prismakorrektion: 

Övrigt + undersökningsfynd:

|  |
| --- |
|  |

**Status** – Aktuell synskärpa, datum:

HÖGER VÄNSTER

Synskärpa LH/NH sf cyl ax add Synskärpa LH/NH sf cyl ax add

        

Stph: Bättrar [ ]  Bättrar ej [ ]  Stph: Bättrar [ ]  Bättrar ej [ ]

Tidigare synskärpa, datum:

HÖGER VÄNSTER

Synskärpa LH/NH sf cyl ax Synskärpa LH/NH sf cyl ax

      

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ögontryck datum: Höger:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vänster:\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ögontryck datum: Höger:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vänster:\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ögontryck datum: \_\_Höger:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vänster:\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Ange eventuellt behov av tolk Annat omsorgsbehov?[ ] Teckenspråkstolk [ ] Vad:*(t.ex. rullstol, demens, annan*  *funktionsnedsättning)* [ ] Språktolk, språk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ort och datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Namnteckning:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_