|  |  |
| --- | --- |
| 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: JaNejPrismakorrektion: 

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_