

Remiss till ögonläkare

Datum för remiss

Inremitterande

Optiker Telefon

Företag
Namn och adress

Patient

Namn

Personnummer Telefon

Anamnes

	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="text"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktlinnsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rött öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Värk i öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ser svarta prickar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dubbelseende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Övrigt

Status

Aktuell synskärpa Datum

HÖGER
Synskärpa sf cyl ax

VÄNSTER
Synskärpa sf cyl ax

Tidigare synskärpa Datum

HÖGER
Synskärpa sf cyl ax

VÄNSTER
Synskärpa sf cyl ax

Undersökningsfynd

Höger

Vänster

Remissvar

Datum

Diagnos

Åtgärd

Signatur