

# Remiss från optiker till Ögonkliniken, Region Blekinge

Orsak till remiss:

Personnummer:

Namn:

Telefonnummer:

Tolkbehov? JA/NEJ

Om ja vilket språk?

Patientens upplevda besvär

Duration, sedan när

Synen har förändrats långsamt eller hastigt?

Tryck (om möjligt)

Höger

Vänster

Tidigare synskärpa

Höger

Vänster

Aktuell synskärpa

Höger

På avstånd

På nära håll

(m bästa korrektion)

Vänster

På avstånd

På nära håll

På långt håll

Höger

SF

CYL

Grader

Vänster

SF

CYL

Grader

Aktuella glas

Höger

SF

CYL

Grader

Vänster

SF

CYL

Grader

Ålder på glas (ca år)

ADD

Skärpa med egna glas

Höger

Vänster

Har erhållit nya glas?

Ja/Nej

Viktigt att veta, rörelsehindrad mm?

**Optikerinformation**

Namn:

Företag:

Telefon:

Datum:

**Ankomststämpel Ögonkliniken**