

Optikerremiss till Ögonkliniken Östersunds sjukhus

Optiker (firma+namn)	Personnummer: Namn: Adress: Postadress: Telefon-/mobilnummer: Behov av tolk? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Språk <input type="text"/>
----------------------	---

Problembeskrivning/frågeställning/detaljerad beskrivning av patientens besvär:

Foto inskickat: Nej Ja

Resultat vid dagens undersökning:

	Fri visus	Bästa korrektion			Visus	Visus add stph	Tryck
		Sfär	Cyl	Ax			
HÖ							
VÄ							

Erhållet korrektion vid dagens besök? Nej Ja

Nej Styrka eget glas/kontaktlins

	Sfär	Sfär	Cyl	Add
HÖ				
VÄ				

Resultat vid föregående undersökning. Datum:

	Fri visus	Bästa korrektion			Visus	Visus add stph	Tryck
		Sfär	Cyl	Ax			
HÖ							
VÄ							

Datum: Optiker (firma+namn)

--	--

Skriv ut och skicka till: Östersunds sjukhus, Ögonmottagningen, 831 83 Östersund.
Fax: 063-15 45 21.