



Personnummer	Optikerfirma	
Namn		
Gatuadress		
Postnummer och postadress	Inremitterande optikers namn	
Telefon hem/mobil/arbete		
Sms-påminnelse	Ja	Nej
Problem/frågeställning		
Dubbelseende <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Monokulärt <input type="checkbox"/> Binokulärt Hur länge?		
Nyttillkommet krokseende <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Aktuell synnedsättning sedan <input type="checkbox"/> < 1 månad <input type="checkbox"/> < 3 månader <input type="checkbox"/> < 6 månader <input type="checkbox"/> > 6 månader		
Visus på långt och nära håll, monokulärt med bästa korrektion (ange denna) och add stph		
Höger:		<input type="checkbox"/> kontaktlins
Vänster:		<input type="checkbox"/> kontaktlins
Befintlig korrektion		
Höger:		<input type="checkbox"/> enligt ovan
Vänster:		<input type="checkbox"/> enligt ovan
Visus och korrektion vid föregående undersökning, ange denna om annan än ovanstående		
Datum:		
Höger:		<input type="checkbox"/> kontaktlins
Vänster:		<input type="checkbox"/> kontaktlins
Ögontryck datum:	Ögontryck datum:	Ögontryck datum:
Höger:	Höger:	Höger:
Vänster:	Vänster:	Vänster:
Ange eventuellt behov av tolk		
<input type="checkbox"/> Språktolk, språk:	<input type="checkbox"/> Teckenspråktolk	<input type="checkbox"/> Vuxendövtolk

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Blanketten skickas till:

Ögonkliniken
Karlskoga lasarett
691 81 Karlskoga