

Remiss till Ögonläkare/Ortoptist

Personnummer		Avsändare/Stämpel					
Namn							
Adress		Optiker					
Telefon		1. Patienten ger samtycke till journalkopia angående denna remiss. JA NEJ					
Tolkbehov JA NEJ Om ja ange språk		2. Kan patienten komma på kort varsel? Samma dag/1 dag framförhållning. JA NEJ					
Frågeställning/Undersökningsfynd							
		Höger öga	Vänster öga	Plötslig debut	mindre än 1 mån	mindre än 6 mån	längre än 6 mån
Remissorsak	Synnedsättning						
	Krokseende						
	Dubbelseende				Bino	Mono	
	Coverttest	Eso	Exo	Höjd			
	Annan orsak						
Status	Aktuell synskärpa datum:						
	Höger öga:			Vänster öga:			
	Korrektion: sf	cyl	ax	Korrektion: sf	cyl	ax	
	Stph:			Stph:			
Status	Tidigare synskärpa, datum:						
	Höger öga:			Vänster öga:			
	Korrektion: sf	cyl	ax	Korrektion: sf	cyl	ax	
	Stph:			Stph:			
Status	IOP (mätningssmetod)						
	Datum 1		Datum 2		Datum 3		
	H:		H:		H:		
	V:		V:		V:		
	Styrka aktuell glasögonmätning Höger öga:				Kontaktlinser JA NEJ		
	Vänster öga:						