

Checklista för remiss till Hornhinnekirurgi, USÖ

Patientens namn.....

Personnummer.....

Diagnos.....

Frågeställning.....

Bifogade journalkopior Ja ☐Sammanfattning av tidigare operationer Ja ☐Herpesprovtagning Ja ☐ Nej ☐ Positivitet? Ja ☐ Nej ☐Somatisk anamnes Ja ☐Medicinlista bifogad Ja ☐Översikt om aktuella/provade ögondroppar Ja ☐Blodförtunnande medicinering Ja ☐ Nej ☐ Vilken:OCT Makula utförd Ja ☐

Diagnos och planerad åtgärd?

Kataraktererad Ja ☐ Nej ☐höger: år.....vänster: år.....okomplicerad ☐okomplicerad ☐komplicerad ☐komplicerad ☐

hur då?.....

hur då?.....

Kontaktlinser provad? Ja ☐ Nej ☐

Med vilken resultat?.....

Glaukom Ja ☐ Nej ☐Om ja, bifoga synfält Ja ☐Patientens samtycke till Nat. Läkemedelslistan Ja ☐ Nej ☐

Får vi ta del av dina journaluppgifter hos annan vårdgivare, i enlighet med bestämmelserna om sammanhållen journalföring, om det behövs för din vård och behandling? Ja ☐ Nej ☐

(Du kan höra av dig närsomhelst och återkalla ditt samtycke)