

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Till:

Ögonkliniken

Lasarettet i Ljungby

341 82 Ljungby

Från	Remissdatum
Remissorsak och anamnes	
Tidigare opererad för grå starr ☐ Ja ☐ Nej	
Önskar tolk ☐ Ja ☐ Nej	Om ja, vilket språk

Anamnes

	Höger	Vänster	Plötslig debut	Sakta ökande	Sedan (tid)
☐ Synnedsättning	☐	☐	☐	☐	
☐ Krokiga linjer	☐	☐	☐	☐	

Aktuell status
Höger
Vänster

Datum		
Habituella glasögon	_____ Sf _____ C _____ Ax Näradd _____	_____ Sf _____ C _____ Ax Näradd _____
Korrigerad synskärpa	_____ med _____ Sf _____ C Ax _____	_____ med _____ Sf _____ C Ax _____
Korrigerat närvisus	_____ punkter med _____ Sf _____ C Ax _____	_____ punkter med _____ Sf _____ C Ax _____
Tonus	_____ mmHg	_____ mmHg

Tidigare status
Höger
Vänster

Datum		
Habituella glasögon	_____ Sf _____ C _____ Ax Näradd _____	_____ Sf _____ C _____ Ax Näradd _____
Korrigerad synskärpa	_____ med _____ Sf _____ C Ax _____	_____ med _____ Sf _____ C Ax _____
Korrigerat närvisus	_____ punkter med _____ Sf _____ C Ax _____	_____ punkter med _____ Sf _____ C Ax _____
Tonus	_____ mmHg	_____ mmHg