

# Remiss till Ögonläkare

Personnr:

(år mån dag nr)

Namn

Dat. .... / .....

från .....

till .....

ANAMNES	Hö- öga	Vä- öga	Plötslig debut	Sakta ökande	Sedan (tid)
<input type="checkbox"/> Synnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktlinsproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Rött öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Värk i öga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ser svarta prickar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Övrigt:

## STATUS

Aktuell synskärpa datum .....

Hö

Synskärpa sf cyl ax

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vä

Synskärpa sf cyl ax

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tidigare synskärpa datum .....

Hö

Synskärpa sf cyl ax

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vä

Synskärpa sf cyl ax

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Undersökningsfynd: Hö

Vä

REMISSVAR

Datum .... / .....

Diagnos: .....

Åtgärd: .....

Sign. ....