

Remiss till ögonkliniken från BVC och Skolhälsovård

Remitterande enhet (namn och adress):	Personnr:
	Namn:
Vårdnadshavare:	Adress:
Telefonnummer Hem:	
Arbete/mobil:	

Datum ____/____/____

	Höger	Vänster	Tavla
Syntest/Datum			
Omkontroll/Datum			

Skelning Nej Ja _____

Syn - och ögonbesvär Nej Ja _____

Annan sjukdom eller funktionsnedsättning Nej Ja _____

Hereditet för glasögon i familjen

Ögonsjukdomar i familjen?

Övrigt

Tolkbehov Ja _____ **Språk:** _____

Avstår vårdgarantin Ja Nej