

## VÄNLIGEN Fyll i och ta med till besöket

Datum .....

Namn .....

Personnr .....Tel: .....

Närstående.....Tel: .....

### Har du

**ja** **nej**

- |   |                          |                          |                                 |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| - diabetes?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | om ja, när upptäcktes det?..... |
| - astma/KOL?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - allergi/läkemedelsallergi?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | om ja, ange vad.....            |
| - haft hjärtsjukdom?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | om ja, ange vad.....            |
| - någon blodsmitta?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | om ja, ange vad.....            |
| - grönstarr?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - haft annan ögonsjukdom?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - gjort någon ögonlaser?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - haft tidigare ögontrauma?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - allergi mot lokalbedövning?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - ögondroppar sedan innan?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - kan du droppa ögondroppar själv?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - blodförtunnande medicin?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - pågående hemtjänst?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| - pågående hemsjukvård?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | om ja, hur ofta?.....           |
| - har du apodos<br>(färdigförpackade mediciner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |

### Tag med eventuell medicinlista.

#### Viktigt angående besöket

Om du använder hårda kontaktlinser måste du vara utan dessa i minst 2 veckor före ögonundersökningen. Om du har mjuka kontaktlinser ska du avstå från dessa minst 3 dagar före undersökningen.

**Glöm inte att ta med dina glasögon till besöket!** Ta gärna med ett äldre par glasögon också om du har.