

VÄNLIGEN FYLL I OCH TA MED TILL BESÖKET

Datum

Namn

PersonnrTel:

Närstående.....Tel:

Har du**ja nej**

- diabetes? ja nej om ja, när upptäcktes det?.....
- astma/KOL? ja nej
- allergi/läkemedelsallergi? ja nej om ja, ange vad.....
- haft hjärtsjukdom? ja nej om ja, vilket år?.....
- haft stroke (slaganfall/hjärnblödning)? ja nej om ja, ange när:.....
- någon blodsmitta? ja nej
- grönstarr? ja nej
- haft annan ögonsjukdom? ja nej om ja, när?.....
- pågående hemtjänst? ja nej om ja, hur ofta?.....
- pågående hemsjukvård? ja nej om ja, hur ofta?.....
- Tål du lokalbedövning? ja nej
- Är du rökare? ja nej
- Har du ögondroppar sen innan? ja nej
- Kan du droppa ögondroppar själv? ja nej
- Har du Apodos? ja nej

Tag med eventuell medicinlista.

| Ögondroppar | Höger öga | | | Vänster öga | | |
|-------------|-----------|--------|-------|-------------|--------|-------|
| | Morgon | Middag | Kväll | Morgon | Middag | Kväll |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Aktuella övriga mediciner | Styrka | Morgon | Middag | Kväll |
|---------------------------|--------|--------|--------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Vid behov av mer plats vänligen fortsatt skriva på baksidan!