

## Optikerremiss till Ögonkliniken Östersund

**Optiker (firma + namn)**

**Personnummer:**

**Namn:**

**Adress:**

**Postadress:**

**Telefon/mobilnr:**

**Behov av tolk? Nej  Ja  Språk: \_\_\_\_\_**

**Problembeskrivning/frågeställning/detaljerad beskrivning av patientens besvär:**

**Foto inskickat** Nej  Ja

**Resultat vid dagens undersökning:**

	Fri visus	Bästa korrektion			Visus	Visus add stph	Tryck
		Sfär	Cyl	Ax			
HÖ							
VÄ							

**Erhållet korrektion vid dagens besök?** Nej  Ja

**Styrka eget glas/kontaktlinns**

	Sfär	Cyl	Ax	Add
HÖ				
VÄ				

**Resultat vid föregående undersökning. Datum:** \_\_\_\_\_

	Fri visus	Bästa korrektion			Visus	Visus add stph	Tryck
		Sfär	Cyl	Ax			
HÖ							
VÄ							

Datum:	Underskrift/Namnförtydligande
--------	-------------------------------

**Skriv ut och skicka till:** Östersunds sjukhus, Ögonmottagningen, 831 83 ÖSTERSUND,  
FAX 063-15 45 21