

Datum:

Avsändare Remitterande läkare: Enhet/mottagning: Adress: Telefon: Kombikakod	Mottagare <input type="checkbox"/> Stockholms Syncentral – Vuxen <input type="checkbox"/> Stockholms Syncentral – Senior
--	---

Patientuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress	Telefon
Namn på ev. kontaktperson	Telefon till ev. kontaktperson
Sysselsättning <input type="checkbox"/> Yrkesarbetande <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven <input type="checkbox"/> Pensionär	
Annan funktionsnedsättning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vad:	
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, språk:	

Status

Ögondiagnos	Diagnosnummer	
Aktuell synskärpa	Höger öga	Vänster öga
Refraktion	Höger öga	Vänster öga
Läsförmåga med add 4.0	Textstorlek i punkter	
Vid synfältsdefekt, vg bifoga schablon	Kommentar:	
Synskadan har progredierat:	<input type="checkbox"/> Långsamt <input type="checkbox"/> Snabbt <input type="checkbox"/> Nej	

Kataraktoperation

Planerad inom tre månader	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Inte planerad
Genomförd	<input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster

Frågeställning / önskemål

--

Stockholms Syncentral handlägger endast remisser med kombikakod.

