

Remiss till Synmottagning vuxna

Personuppgifter	
Namn _____	Personnr _____
Adress _____	
Postnr _____	Ort _____
Tfn _____	Mobiltelefon _____
Godman _____	
Tolkbehov <input type="checkbox"/> Ja	Språk _____

Remitterande läkare (fullständig adress)	
Namn _____	Remissdatum _____
Adress _____	
Postnr _____	Ort _____
Tfn _____	Läk sign _____
Pasis-enhetsbeteckning: _____	

Diagnos _____

Diagnosnummer _____

**Övriga
funktionshinder**

**Boende/social
situation**

Bästa korr.
visus

Egen
glasstyrka

Avstånd hö

hö

Avstånd vä

vä

Nära hö

hö

Nära vä

vä

Synfälsdefekter

(Bedömning av synfält och sf-schablon)

Övrigt

(Önskad åtgärd, problemformulering)

Brukaren remitteras till Synmottagningens vuxenteam i:

Helsingborg

Lund

Kristianstad

Malmö

Valfri ort