

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon/mobilnr

Tolk/språk

Ögonmottagningen  
Kullbergsska sjukhuset  
Box 110  
641 22 Katrineholm

**Optiker namn/företagsadress**

Problembeskrivning, fynd, anamnes

Amslertest, utslag?

Nej ☐

Ja ☐

Sedan när?

Vilket öga?

Krokseende

Nej ☐

Ja ☐

Sedan när?

Vilket öga?

Dubbelseende binokulärt

Nej ☐

Ja ☐

Sedan när?

Synnedsättning

Nej ☐

Ja ☐

Sedan när?

Vilket öga?

**Visus och korrektion**

|    | Fri visus | Med bästa korrektion |     |    |       |                | Tidigare visus med bästa korrektion | Närvisus med bästa korrektion | Erhållet korrektion                                      |
|----|-----------|----------------------|-----|----|-------|----------------|-------------------------------------|-------------------------------|--|
|    |           | Sfär                 | Cyl | Ax | Visus | Visus med stph |                                     |                               |  |
| HÖ |           |                      |     |    |       |                |                                     |                               | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| VÖ |           |                      |     |    |       |                |                                     |                               |  |

**Styrka eget glas/kontaktlinns**

|    | Sfär | Cyl | Ax | Add | Prisma |
|----|------|-----|----|-----|--------|
| HÖ |      |     |    |     |        |
| VÖ |      |     |    |     |        |

**Övriga Undersökningar**

Ange vilken och skicka en papperskopia vid relevans.

**IOP, ange metod**

HÖ

VÖ

**Underskrift**

Datum

Namnförtydligande

Underskrift