

**DETTA ÄR EN JOURNALHANDLING OCH HANTERAS UNDER SEKRETESS**

Dagens DATUM	Personnummer ååååmmdd-xxxx	
Förnamn	Efternamn	
Telefon	Mobil	<b>Du godkänner härmed att vi skickar kallelser via SMS</b>

**Vilket öga gäller det:**  Vänster  Höger  Båda

**Vad är dina HUVUDSAKLIGA ögonproblem/symptom, ange det viktigaste först, och beskriv så detaljerat du kan:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**Långsam** synnedsättning  **Plötslig** synnedsättning

**Beskriv hur dina besvär utvecklats över tiden:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hur länge har du haft dessa besvär:**

- 1-2 dagar  < 1 vecka  2-4 veckor  1-2 mån  
 2-4 mån  < halvår  ca 1 år  Flera år

**Har du någon ögonsjukdom idag:** \_\_\_\_\_

**När var du hos ögonläkare senast:** \_\_\_\_\_

**Vilken mottagning/Läkare:** \_\_\_\_\_

**Om du har glasögon, vid vilken ålder fick du dem:** \_\_\_\_\_

**När var du senast hos optiker:** \_\_\_\_\_

**Inslipade prismor i glasögonen (skelning/dubbelseende)....**  Ja  Nej

**Är du opererad i dina ögon .....**  Ja  Nej

**Vilken operation gjordes:** \_\_\_\_\_

**När och Var utfördes operationen:** \_\_\_\_\_

**OBS VÄND BLAD OCH FYLL I BÅDA SIDORNA INKL PERSONUMMER**

Vilken Vårdcentral/Klinik går du hos: \_\_\_\_\_

Kontrolleras du av läkare för någon av följande sjukdomar:

- Hjärtsjukdom       Diabetes       Astma/KOL  
 Kortisonbehandling    Stroke

Annan sjukdom av betydelse:

---

---

Röker du .....  Ja       Nej      Kör du bil..  Ja       Nej

Har du eller har du haft något av följande sjukdomar:

- Hepatit       HIV       MRSA

Är du allergisk mot tandläkarbedövning .....  Ja       Nej

Är du allergisk mot något annat:

---

---

Vilka ögondroppar använder du idag:

---

---

---

Vilka andra mediciner använder du idag (eller bifoga kopia på medicinlista)

---

---

---

---

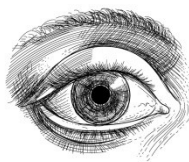
---

Får vi läsa dina journalanteckningar från

andra vårdinrättningar       Ja       Nej

Du godkänner med din  
namnteckning här nere:

\_\_\_\_\_  
namnteckning



**ÖGON**  
**LÄKARNA**  
WWW.ÖGONLAKARNA.SE

Lämna i vår reception, på  
mottagningen eller per post:

**Ögonläkarna i Eslöv AB**  
**Vasagatan 2C**  
**241 38 ESLÖV**

Tel:0413-603 00

**Du kan också fylla i den digitalt:**  
<https://ogonlakarna.se/egenremiss>