

Västmanlands sjukhus
Ögonkliniken
721 89 Västerås

Optiker namn/företagsadress

--

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon/mobilnr

Tolk/språk

Problembeskrivning

--

Krokseende

Nej

Ja

Sedan när?

Dubbelseende binokulärt

Nej

Ja

Sedan när?

Synnedläggning

Nej

Ja

Sedan när?

Visus och korrektion

	Fri visus	Bästa korrektion			Visus med bästa korrektion	Visus add stph
		Sfär	Cyl	Ax		
HÖ						
VÖ						

NCT

HÖ
VÖ

Styrka eget glas/kontaktlins

	Sfär	Cyl	Ax	Add	Prisma
HÖ					
VÖ					

Erhållet korrektion

Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------

Underskrift

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	