

Remiss till ögonsjukvården Region Norrbotten

Vänligen komplettera er remiss med denna bilaga för enklare handläggning hos oss.

Namn:	
Personnr:	

Frågeställning:	
HÖGER ÖGA	VÄNSTER ÖGA
Aktuell synskärpa: _____ datum: _____	Aktuell synskärpa: _____ datum: _____
Refraktion ____ sf ____ cyl ____ ax ____	Refraktion ____ sf ____ cyl ____ ax ____
Bättrar stph ☐ Ja ☐ Nej	Bättrar stph ☐ Ja ☐ Nej
Närvisus: _____	Närvisus: _____
Tidigare synskärpa: _____ datum: _____	Tidigare synskärpa: _____ datum: _____
Korrektion ____ sf ____ cyl ____ ax ____	Korrektion ____ sf ____ cyl ____ ax ____
Ögontryck: ____ mmHg ☐ NCT ☐ Icare	Ögontryck: ____ mmHg ☐ NCT ☐ Icare
Glas enligt aktuell refraktion ☐ Ja ☐ Nej	Prismaglas ☐ Ja ☐ Nej
Kontaktlinser: ☐ Ja ☐ Nej	Aktuell Prismastyrka: H: _____ V: _____

Remissorsak	Höger	Vänster	Plötslig debut	Sakta ökande	Sedan
☐ Synnedsättning	☐	☐	☐	☐	
☐ Krokseende	☐	☐	☐	☐	
☐ Rött öga	☐	☐	☐	☐	
☐ Värk i ögat	☐	☐	☐	☐	
☐ Ser svarta prickar	☐	☐	☐	☐	
☐ Förhöjt ögontryck	☐	☐	☐	☐	
☐ Rullgardin/ridåer	☐	☐	☐	☐	
☐ Diplopi	☐	☐	Binokulärt ☐		
☐ Annan orsak:					