

Hej och välkommen till ABA Ögonklinik! För att få en klar bild av dina besvär samt hälsotillståndet, svara vänligen så gott du kan på följande frågor, **om du inte redan har gjort hälsodeklarationen vid tidigare besök hos oss.**

- Är detta en remiss från en optiker/ögonläkare/vårdcentral/St Eriks ögonakut?

Nej Ja

- Vad söker du för? Vänligen beskriv de aktuella besvären:

- Tidigare ögonoperationer/ögonsjukdomar/ögonbesvär?

- Har du några andra sjukdomar såsom högt blodtryck, diabetes, astma osv.?

Om ja, vilka?

- Är du allergisk mot några läkemedel?

Ja Nej

Om ja, vilka samt symptom?

- Känd blodsmitta/bärarskap av multiresistenta bakterier:

Ja Nej

Om ja, vilka?

- Har du fått sjukvård utomlands under senaste 6 månaderna? Ja Nej

- Får vi ta del av dina journalanteckningar från andra vårdgivare vid behov?

Kliniken medverkar i sammanhållen journalföring. Det innebär att vårdgivaren får möjligheten att läsa journaluppgifter från en annan vårdgivare direkt på elektronisk väg och vice versa.

Nej Ja

Ev. målsmans underskrift

Namnet på den person som skall träffa läkaren

- Om 3 månaders **vårdgarantin** inte hålls för en viss behandling har du rätten att remitteras vidare
- Känner du dig felbehandlad inom vården har du rätten att vända dig till **patientnämnden**

Undersökning gjord av:

OCT P OCT M OCT A Fundusbild Exteriörfoto Topo IOL master HFA:

VISUS

HÖ: ok()	korr: ()	korrektion _____	stph ()
VÖ: ok()	korr: ()	korrektion _____	stph ()
Bino: LH	ok ()	korr ()	
Närvisus: HÖ ()	VÄ ()	Bino ()	

IOP

Appl : H:	V:
Icare : H:	V:
Pachy : H:	V:

MEDIKAMENT

Tro 0,5% ()	Pilo 2% ()
PHNL 10% ()	Cyc 1,0% ()
TID ()	

DONDERS

OCT

HÖ ()	VÄ ()	Makula(µm) : H: V:
		Papill: RNFL H: V
		CDV H: V:

NIKE

Grupp nr:	Pupill:	CT LH/NH
Ifylld i datorn?	Motilitet:	CN: V/VII-XII
JA NEJ	Färgseende:	Övrigt:

Övrigt:
