

Skickas till:
Ögonmottagningen
Västmanlands sjukhus
721 89 Västerås

Elevhälsovårdsremiss Ögonkliniken

Personnr:	
Namn:	
Adress:	
Tolkbehov	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Språk:

Kontaktuppgifter till målsman

Namn	Namn
Telefonnummer	Telefonnummer

Remissorsak

<input type="checkbox"/> Synnedsättning
<input type="checkbox"/> Skelning/dubbelseende
<input type="checkbox"/> Huvudvärk
<input type="checkbox"/> Annat
Frågeställning, problembeskrivning:

Synkontroll

Har eleven glasögon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Syn ska <i>alltid</i> kontrolleras med glasögon om eleven har glasögon				
	Datum	Metod, avstånd	Synskärpa höger	Synskärpa vänster
Synkontroll nr 1				
Synkontroll nr 2				

Remiss från

Namn
Skola
Telefonnummer
Datum
Underskrift