Capio
Lundby Specialistsjukhus

# Egenremiss Ögonenheten

Remissen bedöms av ögonläkare som beslutar om tid skall erbjudas här på mottagningen eller om det är primärvårdens eller optikers ansvar att utreda och behandla i första hand. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt (baksida/s.2 kan användas). Om vi saknar viktiga uppgifter kommer remissen att skickas i retur.

**Att tänka på innan du skickar remiss till oss:**

- Ser du sämre? Då ska du först gå till optiker.
- Har du rinnande eller torra ögon? Då ska du först ha testat tårersättningsmedel.
- Har du röda eller irriterade ögon? Då ska du i första hand söka vårdcentralen.

| Namn | Personnummer | Yrke/Skola |
|---|---|---|
| | | |

| Telefonnummer (hem) | Mobilnummer | Telefonnummer (arbete) |
|---|---|---|
| | | |

| Folkbokföringsadress (målsman) | Godkänner SMS-påminnelse |
|---|---|
| | ☐ Ja ☐ Nej |

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft besvär.

| |
|---|
| |

Har du haft tidigare kontakt/behandling för ögonbesvär?

| | |
|---|---|
| ☐ Ja, ni får beställa journalkopior | Var: |
| | När: |

| När var du hos optiker senast? | Åberopar du vårdgarantin? |
|---|---|
| | ☐ Ja ☐ Nej Läs mer www.1177.se |

Behöver du tolk?

☐Ja ☐Nej Om Ja, ange språk/typ nedan

**Denna remiss skrivs ut, signeras och skickas per post till**:

Capio Lundby Specialistsjukhus
Ögonenheten
Box 8753, 402 76 Göteborg

_____ / _____

*Namnteckning* *Datum*

Läs mer om oss på www.capiolundbynarsjukhus.se

*Plats för stämpel, ifylls av Ögonenheten*