

## 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Telefonnummer (arbete)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Folkbokföringsadress (målsman)	Godkänner SMS-påminnelse	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

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

Har du haft tidigare kontakt/behandling för ögonbesvär?

<input type="checkbox"/> Ja, ni får beställa journalkopior	Var:
	När:

När var du hos optiker senast?

Åberopar du vårdgarantin?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Läs mer <a href="http://www.1177.se">www.1177.se</a>
--	--

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

Capio Lundby Närsjukhus  
Ögonenheten  
Box 8753, 402 76 Göteborg

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Datum

Läs mer om oss på [www.capiolundbynarsjukhus.se](http://www.capiolundbynarsjukhus.se)

Plats för stämpel, ifylls av Ögonenheten