



För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
För information: Vid hud- och ögonlocksförändringar krävs, för en korrekt bedömning, bifogat fotografi av förändringen		
Lämna en kort beskrivning av de ögonbesvär du nu vill söka för. Ange vilket öga det gäller.		
Hur länge har du haft dessa besvär?		
Har du sökt vård tidigare för dessa besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
När och var besökte du ögonläkare senast?		
Är du opererad tidigare i dina ögon? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, när och var utfördes operationen? Vilken operation gjordes och i vilket öga?		
När var du senast hos optiker? Optikers namn:		
Kontrolleras du av läkare för andra sjukdomar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, i så fall vilka sjukdomar?		
Tar du för närvarande några mediciner? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, i så fall vilka mediciner?		
Tolk? Ange vilket språk:		Kryssa i rutan om du söker vård enligt reglerna för valfrihet (se villkor på 1177.se)

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare

Blanketten skickas till:

Cario Läkargruppen
Ögonmottagningen
Box 344, 701 46 Örebro