

**För information:** Vid hud- och ögonlocksförändringar krävs, för en korrekt bedömning, bifogat fotografi av förändringen.

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att inom 3 veckor få besked om fortsatt handläggning

**Vårdbegäran skickas till Ögonsjukvården, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad.  
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"**

Personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn		Förnamn
Adress		
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
Ge en kort beskrivning av de ögonbesvär Du söker för. Ange <b>vilket öga</b> det gäller!		
Hur länge har du haft dessa besvär?		
Har du sökt vård tidigare för dessa besvär?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
När och var besökte du ögonläkare senast?		
Är du opererad tidigare i dina ögon?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
När och var utfördes operationen?		
Vilken operation gjordes och i vilket öga?		
Får vi beställa journalkopior	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
När var du senast hos optiker?		
Kontrolleras du av läkare för andra sjukdomar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vilka är dessa sjukdomar?		
Vilka mediciner tar Du för närvarande?		
Ange ev behov av tolk		

Ort och datum

Namn