



Personnummer ååååmmdd-xxxx	Namn	
Telefon	Mobil	<b>Godkänner sms-kontakt?</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nej

**Beskriv dina ögonproblem och hur länge du haft besvären:**

**Har du några övriga ögonsjukdomar:**

**Använder du några ögondroppar:**



Personnummer ååååmmdd-xxxx	Namn	
Telefon	Mobil	<b>Godkänner sms-kontakt?</b> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nej

**Har du några sjukdomar:**

--

**Ange dina mediciner nedan eller bifoga kopia på läkemedelslista:**

--

**Läkemedelsallergi eller annan allergi:**                       Ja – ange vilken                       Nej

--

**Får vi tillåtelse att läsa dina journaler från andra vårdkontakter:**     Ja     Nej\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Underskrift