

Remissvar efter grå starroperation 2-4 veckor efter operation

Patient _____

Personnummer _____

Värde autorefraktor: Höger öga Sf _____ Cyl _____ Ax _____ °

Vänster öga Sf _____ Cyl _____ Ax _____ °

Tonus

(kan mätas 1 vecka efter operation)

Höger öga _____ Vänster öga _____

Visus okorrigerad

Höger öga _____ Vänster öga _____

Visus med autorefraktorvärde

Höger öga _____ Vänster öga _____

Yttre inspektion:

Bedömning av snitt

u.a. Anmärkning _____

Bedömning av cornea

u.a. Anmärkning _____

Bedömning av främre kammare

u.a. Anmärkning _____

Bedömning av IOL

u.a. Anmärkning _____

Bedömning av macula (Maculaödem)

u.a. Anmärkning _____

Ort och datum _____ 2018 - ____ - ____

Optiker + avsändare /stämpel _____

Sändes till:

Eye Clinic Scandinavia AB
Box 314
331 23 Värnamo

Fax
0370 - 65 70 01

www.eyeclinik.se
info@eyeclinik.se

Telefon
010 - 244 18 00