

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum:

Posta denna blankett till:

Ögonkliniken Vision Sollentuna

Malmvägen 2A-B, 19161 Sollentuna

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer, ort
Telefonnummer	Behov av tolk/språk

Kontaktorsak/ögonbesvär/symtom

Vilket öga? Höger/ Vänster/Båda?

Hur länge har du haft besvär?

Har du sökt ögonläkare tidigare på grund av samma besvär?

Underskrift

Namnförtydligande

Ort och datum

Det är mycket viktigt att du fyller i alla frågor så vi kan göra rätt bedömning!

Din underskrift godkänner att vi får kontakta dig samt ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare vid behov för att kunna göra rätt prioritering av din remiss.