

1. Personuppgifter

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Mobilnummer

2. Allergier

☐ Tandläkarbedövning

☐ Antibiotika

☐ Annat

3. Ange sjukdomer du har eller har haft.

☐ Hjärtinfarkt/kärlkramp

☐ Diabetes, annan endokrin sjukdom

☐ Högt blodtryck

☐ Astma, KOL, annan lungsjukdom

☐ Annan sjukdom

4. Tidigare ögonbesvär

☐ Jag har tidigare genomgått en ögonoperation.

☐ Jag behandlas för ögonsjukdom. Vilka:

5. Kontakta oss om något av detta stämmer in på dig

☐ Smittsam blodsjukdom.

☐ Bärare av en multiresistent bakterie.

☐ Använder hjälpmedel som rullstol, rullator eller lyft.

☐ Inlagd på sjukhus i utlandet under senaste sex månader.

6. Medgivande och signatur

☐ Ja, ni får skicka SMS till mig.

☐ Ja, ni får ta del av min journal från andra vårdgivare.

☐ Jag använder regelbundet läkemedel och bifogar en aktuell lista över mina mediciner.

☐ Jag godkänner att Aleris skickar remissvar till den som skrev min remiss.

Datum och plats

Patientens underskrift