|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CKV Synsrådgivningen  Heden 11  5000 Odense C | Region Syddanmark_var1_Logo_color |  | | |
|  | |  |
|  | | |
|  |  | |
|  | | |
|  | | |
|  |  | |
|  | | |
| Ved henvendelse til Synsrådgivningen, CKV til undervisning og /eller hjælpemiddelafprøvning | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Henvendelse fra: Navn og tlf: |  |
| Kommune/plejedistrikt/  Anden fagperson: |  |
| Dato: |  |
| Vedrørende  Navn: |  |
| CPR.nr: |  |
| Adresse: |  |
| Postnr./By: |  |
| Henvist på grund af: |  |
| Navn og tlf.nr på kontaktperson |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Undertegnede er indforstået med at  CKV Synsrådgivningen indhenter de nødvendige oplysninger hos øjenlæge, sygehus og optiker | Dato----------------  Underskrift--------------------------------------- |
| Øjenlæge: |  |
| Dato for sidste undersøgelse: |  |
| Optiker: |  |
| Dato for sidste besøg: |  |