Vedr. borger Dato

Navn:

Adresse:

Cpr.nr.:

Synsrådgivningen bedes rette henvendelse til ovenstående borger.

1. Øjendiagnose(r). Både ICD10-kode(r) og latinsk(e) betegnelse(r): AMD gerne udspecificeret om våd/tør:

2. Almen diagnose, der er relevant for synsfunktionen eller på anden måde skønnes vigtig:

3. Oplysninger om uregelmæssigheder i hornhinde/Iris:

4. Visus: Højre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Venstre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Binoculær\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Synsfeltsdefekter med målingsdiagrammer og eventuelt beskrivelse og gradtal:

6. Cataract: Er der foretaget cataract-operation før eller efter det fyldte 18. år (sæt x):
 Før\_\_\_\_ Efter\_\_\_

Hvis der er cataract, men det ikke skønnes forsvarligt/væsentligt at operere bedes dette oplyst:

7. Hvis der er væsentlig fotofobi oplyses dette samt årsag hertil:

8.a. Er der diplopi oplyses dette samt årsag hertil:

8.b. Kan dobbeltsynet afhjælpes med operation: \_\_\_ ja \_\_\_\_ nej

9. Børn under 10 år: Her bedes oplyst refraktion i cycloplegi og endelig brillestyrke:

Cycloplegi: højre øje: venstre øje:

Brillestyrke: højre glas: venstre glas:

10. Børn under 18 år: Er de tilmeldt Synsregistret på Kennedy Centrets Øjenklinik:

 ja\_\_\_\_ nej\_\_\_

11.Dato for sidste undersøgelse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oplysninger givet af
Øjenlæge navn:
Adresse:
By: