

Egenremiss till Synhabiliteringen

För dig som tidigare haft kontakt med Synhabiliteringen.

Om din syn försämrats hastigt eller i avsevärd grad, rekommenderar vi dig att även söka ögonläkare.

Fyll i följande uppgifter så att vi kan bedöma hur vi bäst kan hjälpa dig.

Namn och adress: _____

Telefonnummer: _____

Personnummer: _____

Kontaktperson och telefonnummer: _____

Behöver du tolk?

Ja ☐ Nej ☐

Vilket språk? _____

När hade du senast kontakt med
ögonläkare? _____

Har din syn förändrats sedan senaste besöket på
Synhabiliteringen? Ja ☐ Nej ☐

Om Ja, hur: _____

Av vilken anledning vill du ha kontakt med
Synhabiliteringen? Beskriv t.ex vad som blivit svårare för
dig att göra, som du vill ha hjälp med:

Övriga upplysningar: _____

Önskemål om veckodag och tid (OBS: det kan innebära
ökad väntetid, fyll ej i om du inte har något specifikt
önskemål): _____

Datum och underskrift: _____

Ifylld blankett skickas till:
Synhabiliteringen
Habiliteringen Sigfrid
Box 1223
351 12 Växjö