



## Remiss från BVC

Orsak till remiss

Personnummer

Namn

Telefon

Behov av tolk

Ja

Nej

Om Ja, vilket språk

### Aktuell synskärpa

1:a tillfället

Höger öga

Vänster öga

2:a tillfället

Höger öga

Vänster öga

Metod

Kommentarer (antal tester,  
medverkan)

### Andra fynd

Medicinska problem

Psykomotoriska problem

Skelning

Huvudvridning/lutning

Övriga kommentarer

### Ärftlighet ( föräldrar, syskon, kusiner)

Skelning

Glasögon sedan barndomen

Nedsatt syn med glasögon

Andra ärftliga sjukdomar

Ange vilka:

Sköterskans namn

Vårdcentral

Adress

Telefonnummer

Datum för beslut om remiss