

Remiss från skolhälsovården

Orsak till remiss

Personnummer

Namn

Telefon

Behov av tolk Ja Nej

Om Ja, vilket språk

Aktuell synskärpa

Höger öga Vänster öga

Metod

Utan glas Eget glas

Kommentarer (antal tester,
medverkan)

Ärftlighet (föräldrar, syskon, kusiner)

Skelning Glasögon sedan barndomen

Nedsatt syn med glasögon

Andra ärftliga sjukdomar Ange vilka:

Andra fynd

Medicinska problem Psykomotoriska problem

Läs- och skrivsvårigheter Huvudvridning/Lutning

Skelning Konstant eller ibland

Debut av skelning

Övriga kommentarer

Sköterskans namn

Skola

Adress

Telefonnummer

Datum för beslut om remiss