

SKOLREMISS

REMISSDATUM:

ERHÅLLIT TID DEN:

KONTAKTUPPGIFTER

NAMN

KLASS

PERSONNUMMER

ADRESS

POSTNUMMER

ORT

MÅLSMANS NAMN

TELEFON: BOSTAD

ARBETE/MOBIL

SKOLSKÖTERSKA, NAMN

FAXNUMMER TILL SKOLAN

ADRESS TILL SKOLAN (STÄMPEL)

UNDERTECKNAD ÖNSKAR ATT NI KALLAR DENNA ELEV FÖR UTREDNING PGA:

synnedsättning huvudvärk övrigt

UNDERSÖKNINGEN VISAR

närsynthet översynthet astigmatism skelning normalfynd annat

ÅTGÄRD

Nya glas att användas vid: läsning datorn TV-tittande i skolan alltid

ingen åtgärd övrigt

ELEVEN KALLAS

Återbesök om ____ månader Åter vid behov Pga uteblivit från besök

Vänligen, Dr Anne Seideman
Verksamhetschef, ögonläkare


EYECENTER

EYECENTER STOCKHOLM MÄSTER SAMUELSGATAN 39, 111 57 STOCKHOLM
TEL 08-24 40 55/44 FAX 08-24 40 66 WWW.EYECENTER.SE