

1. Person- uppgifter	Personbeteckning	
	Efternamn	Förnamnen
2. Diagnos	Diagnoserna som har förorsakat synskadan. Punkt 1 synskadans omedelbara orsak, d. v. s. den sjukdom som sist har försämrat det bättre ögats syn. Punkt 2-4: Sjukdomar som bidragit till synnedsättningen. 1. 2. 3. 4.	
3. Andra skador eller kroniska sjukdomar	Andra skador eller sjukdomar, vilka Okänd	
4. Etiologi	Etiologi känd, vilken <input type="text"/> Etiologin okänd	
5. Skadans varaktighet	När uppstod synskadan <input type="text"/> mån <input type="text"/> år	Ej känt
6. Synskärpan	HÖGER ÖGA Synskärpan: <input type="text"/> Okänd	VÄNSTER ÖGA Synskärpan: <input type="text"/> Okänd
	7. Närsyn * Synskärpa på nära håll <input type="text"/> Okänd	
8. Synfält	HÖGER ÖGA Synfältets diameter Under 20° Under 10° Okänd	VÄNSTER ÖGA Synfältets diameter Under 20° Under 10° Okänd
	9. Anmälare Anmälan ska basera sig på en synundersökning utförd eller godkänd av en ögonläkare. Tid och ort Namnteckning och namnteckningförtydligande Tjänsteadress SF.nr Sjukhus eller motsvarande Privatmottagning	
Tilläggsuppgifter		

*Kan lämnas tom om patienten är synskadad baserat på avståndsseendets noggrannhet.