

## Basisoplysninger:

Navn:

Cpr:

Er der noget du ikke kan tåle / er allergisk overfor?

---

Får du fast medicin?, hvis ja, hvilke præparater?

---

---

---

---

---

Har du anden kronisk eller akut sygdom?

---

Tidligere øjensygdomme / behandlinger:

---

Jeg indvilliger i at mine journaloplysninger videregives til andre sundhedspersoner med relevant tilknytning til min behandling (samtykket kan til enhver tid trækkes tilbage).

JA

NEJ

Jeg indvilliger i at blive undersøgt, herunder i drypning af øjet, undersøgelse af øjentryk, evt. undersøgelse med kontaktlinse.

JA

NEJ

Dato:

underskrift: