

**OPLYSNINGSSKEMA**

Du bedes så vidt muligt - evt. sammen med en af dine pårørende - forsøge at besvare nedenstående spørgsmål.

**Det udfyldte skema medbringes til undersøgelsen**

NAVN: \_\_\_\_\_ CPR. NR.: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_ MOBIL: \_\_\_\_\_

1. Hvem er din øjenlæge? \_\_\_\_\_

2. Hvilket øje har du problemer med? højre venstre begge

3. Hvornår startede problemet? \_\_\_\_\_

4. Hvad er problemet? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Har du tidligere fejlet noget med øjnene? ja nej ved ikke

Hvis ja, venligst nærmere beskrivelse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Har du andre sygdomme? ja nej ved ikke

Hvis ja, venligst nærmere beskrivelse:

---

---

---

7. Har du pacemaker? ja nej

8. Tager du blodfortyndende medicin? ja nej

Hvis ja, hvilke: \_\_\_\_\_

9. Er der medicin, tabletter, øjendråber eller andet du er allergisk overfor? ja nej ved ikke

Hvis ja, hvilke: \_\_\_\_\_

10. Telefonnummer på nærmeste pårørende/bekendte?

---

---

11. Jeg giver tilladelse til, at lægen kan indhente oplysninger om tidligere sygdomme samt at øjendata anvendes til kvalitetskontrol i Øjensygdomme:

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Du vil altid kunne tale med lægen og sygeplejersken om evt. tvivlsspørgsmål.