

Basisoplysningskema

Navn: _____

CPR: _____

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

Har du en kronisk eller akut sygdom?

Tidligere øjensygdomme / behandlinger:

Jeg indvilliger i, at mine journaloplysninger kan 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 drypning af øjet, undersøgelse af øjentryk, evt. undersøgelse med kontaktlinse.

Ja

Nej

Dato: _____ Underskrift: _____