



**Medisinbruk:**

Faste øye-medisiner; \_\_\_\_\_

Allergier; \_\_\_\_\_

**Målinger av synsstyrke og synsfelt:***Synsstyrke;*

	Høyre øye	Venstre øye
Med briller/linser		
Uten briller/linser		

Hvilken test er brukt; \_\_\_\_\_

*Synsfelts undersøkelse;*

	Høyre øye	Venstre øye
I grader (radius)		

Hvilken test er brukt; \_\_\_\_\_

Foretrukket test er Goldman test, objekt III og Intensitet 4  
også Humphrey Field Analyzer eller Octopus (Interzeag) er tester som kan benyttes.

**Vedlegg;**

- Utskrift av synsfeltundersøkelse.
- Kopi av brilleseddel om aktuelt
- Kopi av journal ved siste øyelegeundersøkelse
- (kryss av for hvilke vedlegg som er lagt ved)*

Jeg bekrefter at informasjonen over er korrekt:  (øyelege/optiker signerer her)

Navn:

Yrke:

Adresse:

Telefon

Signatur:

Stempel