

INTYG ÖGONSKADA

Undersökningsdatum

1. DEN SKADADE

Skadedatum (åååå mm dd)

Personnummer (åååå mm dd - nnnn)

Efternamn och tilltalsnamn

Utdelningsadress (gata, box, e d)

Postnr

Ort

Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag?

Nej Ja, bolag:

2. BESKRIVNING

Diagnos på grund av skadefallet (såväl på latin som på svenska)

Tidigare sjukdomshistoria (ange särskilt sjukdomar eller skador som har haft inverkan på synförmågan). Om synen varit nedsatt före olycksfallet anges den tidigare synskärpan, utan samt med korrektion.

Skade- och behandlingsförlopp

Subjektiva besvär i yrke och under fritiden

3. ÖGONKONTROLL

Synfält.

Om defekt, var god bifoga synfältschablon.

Höger öga

Vänster öga

Ögonens nuvarande tillstånd.

Medier, ögonbotten, pupill, motilitet.

Höger öga

Vänster öga

Nuvarande synskärpa utan korrektion.

Höger öga

Vänster öga

Nuvarande synskärpa med korrektion av glas.

Glasvärdet anges.

Höger öga

Vänster öga

Nuvarande synskärpa med fördragbar korrektion av glas.

Glasvärdet anges.

Höger öga

Vänster öga

Nuvarande synskärpa med fördragbar kontaktlins.

Höger öga

Vänster öga

Har glasögon föreskrivits på grund av detta skadefall?

Höger öga

Vänster öga

Har kontaktlins föreskrivits på grund av detta skadefall?

Höger öga

Vänster öga

Synrubbingar i övrigt.

T ex dubbelseende, rörelseinskränkning, tårflöde, bländning.

Höger öga

Vänster öga

Övriga uppgifter.

Fortsatt behandling, prognos etc.

Höger öga

Vänster öga

4. DELGIVNING

Får intyget lämnas ut till patienten eller dennes ombud?

Ja Nej

5. UNDERSKRIFT

Ort	Datum (åååå mm dd)
Namnteckning	
Namnförtydligande	

Svenska Läkemedelsförsäkringen AB

ETT BOLAG INOM LFF SERVICE AB, LÄKEMEDELSFÖRSÄKRINGEN

BESÖKSADRESS: Sveavägen 63, Stockholm
POSTADRESS: Box 17608, 118 92 Stockholm
TELEFON: 08-462 37 00 (vx)
FAX: 08-462 02 92
E-POST: info@lakemedelsforsakringen.se
WEBB: www.lakemedelsforsakringen.se