



## Øjenafdelingen

### OPLYSNINGSSKEMA

Vi beder Dem besvare nedenstående spørgsmål og aflevere det til forundersøgelsen.

Navn \_\_\_\_\_

Cpr-nr. \_\_\_\_\_ Tlf.nr. \_\_\_\_\_

Mobil nr. \_\_\_\_\_

Pårørende: Navn \_\_\_\_\_

Pårørende: Tlf.nr. \_\_\_\_\_ Mobil nr. \_\_\_\_\_

Hvis De får medicin, tabletter og øjendråber, bedes De skrive det i skemaet nedenfor. Få eventuelt hjælp af pårørende eller hjemmesygeplejersken.

Navn	Styrke	Morgen	Middag	Aften	Nat

Sidste målte HBA1c (langtidsblodsukker) \_\_\_\_\_

Andre væsentlige sygdomme? \_\_\_\_\_

Lider De af allergi/overfølsomhed? \_\_\_\_\_

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