

Egenremiss till Syncentralen

Fyll i följande uppgifter så att vi kan bedöma hur vi bäst kan hjälpa dig.

Om din syn försämras hastigt eller i avsevärd grad, rekommenderar vi dig att även söka ögonläkare.

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Ev kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

Skickas till:
Syncentralen Göteborg
Ekelundsgatan 8
411 18 Göteborg

Har din syn förändrats sedan senaste besöket på Syncentralen? Ja Nej

Om Ja, hur? _____

Bor du ensam? Ja Nej

Har du hemtjänst? Ja Nej

Bor du i äldreboende? Ja Nej

Arbetar/studerar du? Ja Nej

Behöver du tolk? Ja Nej

Om Ja, ange språk: _____

Av vilken anledning vill du ha kontakt med Syncentralen?
Ge exempel på dina svårigheter.

Ort och datum: _____

Underskrift: _____