

1. Person- uppgifter	Personbeteckning	
	Tillnamn	Förnamnen
2. Diagnos	Diagnoserna som har förorsakat synskadan. Punkt 1 synskadans omedelbara orsak, d. v. s. den sjukdom som sist har försämrat det bättre ögats syn. Punkt 2-4: Sjukdomar som bidragit till synnedsättningen. 1. 2. 3. 4.	
3. Andra skador eller kroniska sjukdomar	Andra skador eller sjukdomar, vilka Okänd	
4. Etiologi	Etiologi känd, vilken Etiologin okänd	
5. Skadans varaktighet	När uppstod synskadan mån år Ej känt	
6. Synskärpan	HÖGER ÖGA Syn- skärpan: Okänd	VÄNSTER ÖGA Syn- skärpan: Okänd
7. Närsyn *	Synskärpa på nära håll Okänd	
8. Synfält	HÖGER ÖGA Synfältets diameter Under 20° Under 10° Okänd	VÄNSTER ÖGA Synfältets diameter Under 20° Under 10° Okänd
9. Anmälare	Tid och ort Namnteckning och namnteckningförttydligande Tjänsteadress SF.nr	
Sjukhus eller motsvarande Privatmottagning		
Tilläggsuppgifter		

*Kan lämnas tom om patienten är synskadad baserat på avståndsseendets noggrannhet.