

BETUWE OOGKLINIEK EN INSTITUUT

Medische oogzorg zonder lange wachttijden

VERWIJSBRIEF



PATIËNTGEGEVENS

TOESTEMMING PATIËNT (AVG)

Ik geef toestemming aan de opticiens om mijn gegevens en relevante ooginformatie te delen met Betuwe Oogkliniek voor medisch onderzoek en behandeling.

Naam: _____ **Datum:** _____

Geboortedatum: _____ **Telefoon:** _____

REFRACTIE & VISUS

OD (rechts)

Sph: _____ Cyl: _____ Axis: _____ Visus: _____

OS (links)

Sph: _____ Cyl: _____ Axis: _____ Visus: _____

OOGDRUK

OD: _____ **OS:** _____ **Om:** _____

REDEN VAN VERWIJZING

- Visus niet corrigeerbaar tot ≥ 1.0 (100%)**
- Klachten niet passend bij refractie**
- Verdachte oogconditie / aandoening:** _____
- Hoge oogdruk**

OPTICIEN

Naam / Zaak: _____

Plaats: _____

Telefoon: _____

SAMENWERKING

Wij werken aanvullend op uw praktijk en nemen geen reguliere optische zorg over.
Na onderzoek ontvangt u altijd een terugkoppeling.

