|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CKV Synsrådgivningen Heden 115000 Odense C |  Region Syddanmark_var1_Logo_color |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |  |
|  |
| Ved henvendelse til Synsrådgivningen, CKV til undervisning og /eller hjælpemiddelafprøvning |

|  |  |
| --- | --- |
| Henvendelse fra: Navn og tlf: |  |
| Kommune/plejedistrikt/Anden fagperson: |  |
| Dato: |  |
| VedrørendeNavn: |  |
| CPR.nr: |  |
| Adresse: |  |
| Postnr./By: |  |
| Henvist på grund af: |  |
| Navn og tlf.nr på kontaktperson |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Undertegnede er indforstået med at CKV Synsrådgivningen indhenter de nødvendige oplysninger hos øjenlæge, sygehus og optiker | Dato----------------Underskrift--------------------------------------- |
| Øjenlæge: |  |
| Dato for sidste undersøgelse:  |  |
| Optiker: |  |
| Dato for sidste besøg: |  |