



e. Vilka förändringar föreligger i ögonen?	Höger öga	Vänster öga
f. Rubbningar i synförmågan i övrigt (samsyn, ögonmotorik, bländning, mörkerseende etc)		

**12 Diagnos, latinsk och svensk eller nomenklaturnummer (huvuddiagnos nämns först)**

--

**13 Utlåtande**

Bör den undersökte utredas vid Ami-Syn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Bör den undersökte bli föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

14 Kan det antas att nedsättningen i synförmågan blir varaktig (= bestående åtskilliga år)? Om frågan besvarats med Nej anges hur lång tid den ungefärligen kan antas bestå	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
--	-----------------------------	------------------------------

**15 Särskilda upplysningar**

--

**Betalningsmottagare**

Namn
Personnummer/organisationsnummer
Adress
PlusGironummer
Bankgironummer
Begärt arvode
<input type="checkbox"/> F-skattsedel <input type="checkbox"/> A-skattsedel

**Underskrift**

16 Läkarutlåtandet utfärdat på begäran av
<input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> länsarbetsnämnden
<input type="checkbox"/> annan, vilken _____
20 Ort och datum
21 Läkarens underskrift (namnteckning jämte klartext), tjänsteställning, adress och telefonnummer (även riktnr) (underskriften omfattar både sidan 1 och sidan 2)