



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Διεύθυνση: _____

Τηλέφωνο: _____

e-mail: _____

Ημερομηνία παραπομπής: _____

Οπτική οξύτητα:

ΔΟ: _____ ΑΟ: _____

Διάθλαση:

ΔΟ: _____ ΑΟ: _____

Ιστορικό & κλινική εξέταση:

Κλινικό ερώτημα:

Φαρμακευτική αγωγή:

Άλλα προβλήματα που είναι σε θέση να δυσκολέψουν την εξέταση του / της ασθενούς (π.χ. δυσκολία στη κινητικότητα, ακοή κτλ):

Αντένδειξη μυδρίασης: ΝΑΙ ΟΧΙ

Λόγος παραπομπής: Διάγνωση Παρακολούθηση Κλινική απόφαση

Ο / Η ιατρός: