# Resultat av synundersökning

## Till vårdnadshavare för

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
|  |  |

Vid synundersökning noterades att ditt barns syn är nedsatt. Fullgod synskärpa är 0.8 – 1.0

## Synskärpa vid kontroll

|  |  |
| --- | --- |
| Höger öga | Vänster öga |
|  |  |

Jag rekommenderar kontroll hos optiker/ögonläkare. Tacksam för återkoppling av bedömningen efter besöket.

## Kommentar

|  |
| --- |
|  |

Kontakta gärna mig vid frågor

|  |
| --- |
| Datum |
|  |
| Skolsköterska | E-post | Telefon |
|  |  |  |