

Indstilling til Synscentralen

Efternavn: _____ Cpr. _____

Fornavn: _____ Tlf. _____

Adresse: _____

Postnr. _____ By: _____

Kommune: _____ Tlf. _____

Evt. kontaktperson _____ Tlf. _____

Øjenlæge: _____ Sidste undersøgelse: _____

Ønsker: _____

Henvist af: _____ Dato: _____

Jeg giver hermed Synscentralen tilladelse til at indhente oplysninger hos min øjenlæge.

Et samtykke gælder indtil det trækkes tilbage.

Et samtykke kan til enhver tid tilbagekaldes.

Dato: _____ **Underskrift:** _____