



MAKSUSITOUMUSANOMUS

Maksusitoumus ei ole voimassa ilman maksusitoumuksen antajan allekirjoitusta

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Kotikunta

Diagnoosi

Perustelut	
<input type="checkbox"/> Heikkonäköisyys (näkö ad < 0,3 tai näkökentän halkaisija < 60°)	<input type="checkbox"/> Afakia
<input type="checkbox"/> Karsastus / amblyopia (< 8v)	<input type="checkbox"/> Sarveiskalvon poikkeavuus

Näön tarkkuus parhaalla lasikorjauksella	Onko saanut vastaavan apuvälineen lääkinällisenä kuntoutuksena?
Oik. Vas.	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> on, milloin v. _____ <input type="checkbox"/> potilaan oma

Ostettavat kuntoutuspalvelut												
<input type="checkbox"/> Apuvälineen hankinta ja sovitus <input type="checkbox"/> kuntoutustutkimus <input type="checkbox"/> sopeutumisvalmennus												
<table border="1"><tr><td></td><td>oikea</td><td>vasen</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Kauas</td><td>sf</td><td>sf</td><td></td></tr><tr><td>cyl ax</td><td>cyl ax</td><td></td></tr></table>		oikea	vasen		Kauas	sf	sf		cyl ax	cyl ax		<input type="checkbox"/> linssit entisiin sankoihin <input type="checkbox"/> optinen apuväline <input type="checkbox"/> sankalasis <input type="checkbox"/> muu apuväline <input type="checkbox"/> piilolasis <input type="checkbox"/> silmäproteesi <input type="checkbox"/> absorptiolasis <input type="checkbox"/> sokeain keppi
	oikea	vasen										
Kauas	sf	sf										
	cyl ax	cyl ax										
<table border="1"><tr><td></td><td>add.</td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">Lähelle</td><td>sf</td><td>sf</td><td></td></tr><tr><td>cyl ax</td><td>cyl ax</td><td></td></tr></table>		add.			Lähelle	sf	sf		cyl ax	cyl ax		
	add.											
Lähelle	sf	sf										
	cyl ax	cyl ax										
Palvelun tuottaja:	<input type="checkbox"/> Optikkoliike <input type="checkbox"/> Näkövammaisten Keskusliitto <input type="checkbox"/> Muu, (mikä?) _____											
Lisäselvityksiä:												
_____ / _____ 20 _____	_____ silmälääkärin allekirjoitus ja nimen selvennys											