

## EGENREMISS VÅRDGARANTI

Datum

TEXTA ALLA DINA SVAR FÖR ATT GÖRA DIN REMISS SÅ TYDLIG SOM MÖJLIGT.

För och efternamn		Personnummer
Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Telefonnummer på dagtid/ arbete
Adress & ort		Yrke
Skriven i län		Ordinarie vårdcentral

Aktuell skada ( Du får bara ange en åkomma/ alternativ per remiss)

Fot  Knä  Höft  Hand  Armbåge  Axel  Övrigt

På vilka sida sitter aktuell skada?

Höger  Vänster  Båda sidor

Beskriv dina besvär i korthet

Hur länge har du haft besvär?

Övrig information som kan vara relevant:

Finns det röntgenbilder på aktuell skada? Ja  Nej  Om ja, får vi beställa dessa? Ja  Nej  Om ja, fyll i nedan.

Skelettröntgen <input type="checkbox"/>	Var:
	När:
Magnetkamera <input type="checkbox"/>	Var:
	När:
Ultraljud <input type="checkbox"/>	Var:
	När:

Finns det journaler på aktuell skada? Ja  Nej  Om ja, får vi beställa dessa? Ja  Nej  Om ja, fyll i nedan.

Journaler <input type="checkbox"/>	Var:
	När:
Op – berättelse <input type="checkbox"/>	Var:
	När:

SKICKA IN DIN REMISS TILL ORTOPEDMOTTAGNINGEN I DIN REGION ( DITT LANDSTING)