

Personuppgifter

Namn:	Personnr:
Gatuadress:	Yrke:
Postnr och ort:	Tel-/mobilnr:
Skreven i län:	Ordinarie vårdcentral:

Aktuell skada

<input type="checkbox"/> axel <input type="checkbox"/> armbåge <input type="checkbox"/> knä

På vilken sida sitter aktuell skada?

<input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> båda sidor	Hur länge har du haft dina besvär?
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Beskriv i korthet dina aktuella besvär:

Är du frisk för övrigt? Ja Nej Om Nej, bifoga relevant information om sjukdomar och läkemedel

Finns röntgenbilder på aktuell skada?

<input type="checkbox"/> Ja Om Ja, fyll i nedan	
<input type="checkbox"/> Skelettröntgen	Var?/När?:
<input type="checkbox"/> Magnetkamera	Var?/När?:
<input type="checkbox"/> Datortomografi	Var?/När?:

Finns journaler på aktuell skada?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Får vi beställa dessa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, fyll i nedan:	
<input type="checkbox"/> Journaler	Var?/När?:
<input type="checkbox"/> Operationsberättelse	Var?/När?:

Datum och underskrift:

Denna remiss kan skrivas ut och skickas per post till:
Södermalms Ortopedi, Fatburs Brunnsgata 17,

118 28 **Stockholm**

Har du frågor går det bra att ringa oss på 08-55 11 04 22.