

Patientdelen fylls i av patienten eller sjukvårdspersonal

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?**Hur länge har du haft dina besvär?**

<input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster <input type="checkbox"/> båda sidor	
---	--

Beskriv i korthet dina aktuella besvär:

--

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

Fylls i av legitimerad sjukvårdspersonal (läkare, sjukgymnast, naprapat och kiropraktor)

Namn:	Mottagning:
Gatuadress:	Yrke:
Postnr och ort:	Tel-/mobilnr:

Datum och underskrift:

Denna remiss kan skrivas ut och skickas per post till:Södermalms Ortopedi,
Fatburs Brunnsgata 17
118 28 **Stockholm**