

REMISS TILL
Södermalms Ortopedi

Fatburs Brunnsgata 17
118 28, Stockholm
Telefon: 08-55 11 04 22
Mail: info@sodermalmsortopedi.se

Patientdelen fylls i av patienten eller sjukvårdspersonal

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

Aktuell skada

axel armbåge knä

På vilken sida sitter aktuell skada?

Hur länge har du haft dina besvär?

höger vänster 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**