

Egenremiss



Datum:

Förnamn	Efternamn
Personnummer (10 siffror)	Yrke
Gatuadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-post
Längd och vikt	Har du tidigare varit hos oss?

Tar du medicin regelbundet? Om ja iså fall vilka?
Har du några sjukdomar? Om ja iså fall vilka?
Röker du? Om ja, antal per dag och under hur lång tid?

Aktuell skada (ange endast ett alternativ per remiss) <input type="checkbox"/> Knä <input type="checkbox"/> Höft <input type="checkbox"/> Axel <input type="checkbox"/> Fot <input type="checkbox"/> Armbåge <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> Rygg	
På vilken sida sitter aktuell skada: <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Båda	
Hur länge har du haft dina besvär?	Om behov finns vill du bli opererad då? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare sökt vård för aktuell skada? Om Ja, var och när sökte du vård? Min ordinarie vårdcentral är:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Får vi beställa journaler om aktuell skada?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du varit på sjukgymnastik? Om ja, när och var?	
Finns röntgenbilder på aktuell skada? Skelettröntgen När och var? Magnetkamera När och var?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Får vi beställa dessa?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Anamnes- beskriv dina besvär

Denna remiss kan skrivas ut och skickas till:

Johanniskliniken, Kungsgatan 30E, 753 21 Uppsala

Du kan även maila in remissen till: info@johanniskliniken.se