

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)

Knä Höft Axel Fot Armbåge Hand Rygg

På vilken sida sitter aktuell skada:

Höger Vänster Båda

Hur länge har du haft dina besvär?

Om behov finns vill du bli opererad då?

Ja Nej

Har du tidigare sökt vård för aktuell skada?

Ja Nej

Om Ja, var och när sökte du vård?

Min ordinarie vårdcentral är:

Får vi beställa journaler om aktuell skada?

Ja Nej

Har du varit på sjukgymnastik? Om ja, när och var?

Finns röntgenbilder på aktuell skada?

Ja Nej

Skelettröntgen När och var?

Magnetkamera När och var?

Får vi beställa dessa?

Ja Nej

Anamnes- beskriv dina besvär

--

Denna remiss kan skrivas ut och skickas till:

Specialistcenter Drottninggatan 16A
63217 Eskilstuna

Du kan även maila in remissen till: egenremiss@specialistcenter.nu