

REMISS TILL
Huddinge Ortopedi
Röntgenvägen 3A,
plan 11
141 52 Huddinge

Patientdelen fylls i av patienten eller sjukvårdspersonal

Namn:	Personnr:
Gatuadress:	Yrke:
Postnr och ort:	Tel-/mobilnr:
Skriven i län:	

Aktuell skada

--

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 (Sjuksköterska, sjukgymnast, naprapat och kiropraktor eller läkare)

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

Datum och underskrift:

Denna remiss kan skrivas ut och skickas per post till:

Huddinge Ortopedi
Röntgenvägen 3A, plan 11
141 52 Huddinge