S V E A

ORTOPEDI

Egenremiss

Namn:

Personnummer:

Tfn-nr dagtid: Tfn-nr Kvällstid

Folkbokföring adress:

Mailadress:

Vad söker du för? Ringa in aktuell kroppsdel. OBS! endast en åkomma/remiss

Nacke Rygg

Axel Armbåge

Hand Höft

Knä Fot

Annat

Beskriv kortfattat dina besvär:

Har du tidigare sökt eller behandlats för ovanstående besvär? I så fall var och när?

Har du tidigare genomgått röntgenundersökning, CT eller MR?. I så fall var och när?

Har vi ditt godkännande att inhämta journaler/röntgenutlåtande eller röntgenbilder från tidigare vårdgivare?

Ja Nej

Datum Plats

Underskrift:

Namnförtydligande

Skriv ut egenremissen och posta den till: Svea Ortopedi AB. Brahegatan 47.

11437 Stockholm