

**Egenremiss Ortho Center Skåne**

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	
Postnummer:	Postadress
Mobilnummer:	Yrke:
Lämna en kort beskrivning av dina besvär, hur länge du har haft dem och hur de yttrar sig:	
Har du tidigare sökt sjukvård för dessa besvär? Om ja, var och när (sjukhus/år):	
Har du genomgått röntgen eller magnetkameraundersökning (MR) för dina besvär? Om ja, var och när (röntgenavd/år)?	
Godkänner du begäran av journalhandling från annan vårdgivare, (ja/nej):	
Har du genomgått någon behandling för dina besvär såsom sjukgymnastik/kiropraktik eller naprapatbehandling?	
Tar du några mediciner regelbundet, om ja vilka?	
Underskrift:	
..... Ort och datum	..... Namn
<b>Ifylles av Ortho Center</b>	
Remiss bedömd datum:	Prio: 1 vecka 1 månad
Till läkare: idrott axel hand fot spec. läkare:	
Rtg/MR beställes ja nej från .....	
Journal beställes ja nej från .....	
Bokning: enkeltid dubbeltid standardsvar Sign. läkare:	