



Personuppgifter

Namn:	Personnr:
Gatuadress:	Yrke:
Postnr och ort:	Tel-/mobilnr:
Skreven i län:	Ordinarie vårdcentral:

Aktuell skada (Ange en åkomma/ett alternativ per remiss)

axel knä hand

På vilken sida sitter aktuell skada?

Hur länge har du haft dina besvär?

höger vänster båda sidor

Beskriv i korthet dina aktuella besvär:

Är du frisk för övrigt? Ja Nej Om Nej, bifoga relevant information om sjukdomar och läkemedel

Finns röntgenbilder (ej äldre än 1 år) på aktuell skada?

Ja Om Ja, fyll i nedan Nej Om Nej, vänligen återkom med egenremissen när skelettröntgen är utförd

<input type="checkbox"/> Skelettröntgen	Var?/När?:
<input type="checkbox"/> Magnetkamera	Var?/När?:
<input type="checkbox"/> Datortomografi	Var?/När?:

Finns journaler på aktuell skada?

Ja Nej Får vi beställa dessa? Ja Nej Om Ja, fyll i nedan:

<input type="checkbox"/> Journaler	Var?/När?:
<input type="checkbox"/> Operationsberättelse	Var?/När?:

Datum och underskrift:

Denna remiss kan skrivas ut och skickas per post till:
Aleris Elisabethsjukhuset, Box 2091, 750 02 Uppsala

Har du frågor går det bra att ringa oss på 018-18 88 00.