



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    armbåge    hand    höft    knä    fotled    framfot

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 på aktuell skada?

<input type="checkbox"/> Ja Om Ja, fyll i nedan	
<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.