



# Egenremiss Fysioterapi

Postas till:

**Aleris Rehab Rosenlund, Tidéliusgatan 12, Östra entrén, 118 69 Stockholm**

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn:	Förnamn:
Gatuadress:	Postnummer och postadress:
Telefon inkl. riktnr:	Mobil:

Vad har du för besvär?
Vad vill du ha hjälp med?
Hur länge har du haft dina besvär?
Har du nyligen försämrats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, sedan hur länge har du upplevt en försämring?)
Har du tidigare behandlats av fysioterapeut/sjukgymnast för dessa besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (om ja, ange när?)
Har du några andra diagnoser eller sjukdomar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, ange vilka?)
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, sedan när)
Har du behov av tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, vilket språk?)

Ort och datum

Namnteckning

Med min underskrift ger jag Aleris Rehab Rosenlund tillåtelse att öppna journaler som är tillgängliga inom journalsystemet TakeCare samt innehållet i läkemedelsförteckningen. Via brev kommer du att få besked om bokad tid eller eventuell hänvisning till annan vårdgivare. Denna blankett betraktas som en journalhandling. Lämnade uppgifter är således skyddade enligt sekretesslagen.