



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 (ej äldre än 1 år) på aktuell skada?

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