

Personuppgifter

Namn:	Personnr:
Gatuadress:	Yrke:
Postnr och ort:	Tel-/mobilnr:
Skriven 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
☐ Skelettröntgen	Var?/När?:
☐ Magnetkamera	Var?/När?:
☐ Datortomografi	Var?/När?:

Finns journaler på aktuell skada?

☐ Ja ☐ Nej Får vi beställa dessa? ☐ Ja ☐ Nej Om Ja, fyll i nedan:	
☐ Journaler	Var?/När?:
☐ 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.