

Egenremiss – Ortopedi

Personnummer:	Namn:
Adress:	
Postnummer och postadress:	
Skreven i län:	Tillhör vårdcentral:
Telefonnummer:	Mobilnummer:
Yrke:	Tolkbehov vid besöket: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket språk? _____

Aktuella besvär: Axel Knä Fot/Fotled Armbåge Hand Höft Övrigt

Höger Vänster Båda sidor

Lämna en kort beskrivning av de besvär du önskar söka ortopedläkare för:

Hur länge har du haft dessa besvär? _____

Är du sjukskriven för denna åkomma? Ja Nej Om ja, ange sedan när: _____

Är du röntgad för dessa besvär? Ja Nej Årtal: _____ Var? _____

Har du tidigare genomgått ortopedisk operation? Ja Nej Om ja, ange vilken: _____

Har du sökt en annan läkare för de besvär du nu söker hos oss? Ja Nej

Om ja, ange läkarens namn och adress: _____

Om ja, vilken behandling har du fått? Sjukgymnastik / Arbetsterapi Antiinflammatoriska-/Värktabletter

Annat: _____

Jag accepterar att journaler beställs från ovanstående kliniker/vårdcentraler/privatmottagningar för bedömning av min skada:

Datum:	
Underskrift:	Namnförtydligande:

Information!

- Om remissen vid bedömning av ortopedspecialist anses kunna hanteras av vårdcentralen kommer remissen att skickas dit.
- När du skriver en egenremiss använder du dig av det fria vårdvalet. Du har därmed inte rätt till reseersättning.
- Skriv ut och fyll i, posta sedan tillsammans med bifogad hälsodeklaration till oss för handläggning

Obs vänd på bladet, så du fyller i både fram- och baksida



HÄLSODEKLARATION

Personnummer: _____ För- och efternamn: _____

Boende: Lägenhet Radhus Villa Finns hiss
 Trappsteg i eller till huset Ensamboende Hemtjänst

Sysselsättning: _____ Sjukskriven JA NEJ

Röker du? JA NEJ

Har du genomgått någon operation? JA NEJ
 Om ja, vilken: _____

Har du haft problem vid tidigare narkos eller bedövning? JA, hur: _____ NEJ

HÄLSOPROBLEM

Stroke JA NEJ Tidigare blodpropp JA NEJ

TIA JA NEJ Blödningsrubbnig JA NEJ

Epilepsi JA NEJ Hudsjukdom JA NEJ

Hjärtinfarkt JA, årtal: _____ NEJ Blodsmitta t.ex. HIV eller hepatit JA NEJ

Pacemaker eller liknande JA NEJ Illamående JA NEJ

Hjärtsjukdom JA NEJ Magmunbråck JA NEJ

Missbruk, har nu eller har haft tidigare JA NEJ Halsbränna JA NEJ
 (av t.ex. alkohol, droger eller läkemedel)

Njursjukdom JA NEJ Öronsjukdom JA NEJ

Leversjukdom JA NEJ Hörselnedsättning JA NEJ

Diabetes JA NEJ Ögonsjukdom JA NEJ

Högt blodtryck, med eller utan behandling JA NEJ Synnedsättning JA NEJ

Astma JA NEJ Muskelsjukdom JA NEJ

Bronkit JA NEJ Ledsjukdom, (ej artros) JA NEJ

KOL JA NEJ Neuropsykiatriskt funktionshinder JA NEJ

Andningsuppehåll JA NEJ Psykiska besvär JA NEJ

Snarkning JA NEJ Depression JA NEJ

Yrsel JA NEJ Annan sjukdom JA NEJ
 Om ja, vad: _____

Svimning JA NEJ _____

Har du fallit fler än tre gånger det senaste året? JA NEJ

Obs vänd på bladet, så du fyller i både fram- och baksida



Uppge de läkemedel du tar

Uppge även smärtstillande, plåster, inhalationer och naturläkemedel (eller ta med dig din läkemedelslista till besöket):

Har du någon allergi eller överkänslighet?

Läkemedel JA, vilka: _____ NEJ

Plåster JA, vilka: _____ NEJ

Födoämnen JA, vilka: _____ NEJ

Kontaktallergi-metall JA, vilka: _____ NEJ

Annan allergi JA, vilken: _____ NEJ

Hur mycket alkohol intar du per vecka?

Vin ___ antal glas per vecka **Öl** ___ liter per vecka **Sprit** ___ cl per vecka

Dricker inte alkohol

Kost, kryssa i om du är:

Vegetarian

Glutenintolerant

Laktosintolerant

Diabetiker

Annan specialkost: _____

Aktuell vikt: _____ kg

Längd: _____ cm

Har du fått sjukvård eller tandvård utanför Sverige under det senaste halvåret? JA NEJ

Är du bärare av multiresistenta bakterier, så som MRSA, ESBL eller VRE? JA NEJ

Har du kateter i urinblåsan? JA NEJ

Har du tarmstomi? JA NEJ

Får vi ta del av journaler från annan vårdgivare? JA NEJ

Om någon anhörig ringer får vi lämna ut uppgifter om dig? JA NEJ

Får vi skicka sms-påminnelser till dig inför besök? JA NEJ

Namn och telefonnummer till närmast anhörig:

Ditt telefonnummer: _____

Datum: _____ **Underskrift:** _____

