

Egenremiss Cario Ortho Center Skåne

Datum:

Namn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer & ort:

Yrke:

Mobilnummer:

Beskriv dina aktuella besvär:

Har du tidigare sökt sjukvård för dessa besvär? Om ja, beskriv var och när?
Bifoga journalkopior.

Har du genomgått röntgen och/eller magnetkameraundersökning (MR) för dina besvär?
Om ja, var och när? Bifoga utlåtande från undersökningarna.

Har du några andra sjukdomar? Om ja, vilka?

Tar du några läkemedel regelbundet? Om ja, vilka?