

Egenremiss

Vänligen skriv ut denna fil och svara på frågorna så våra läkare kan bedöma dina besvär och om vi är rätt vårdgivare för dig. När du svarat på frågorna postar du blanketten till oss, adress nedan. Vi återkommer till dig via brev.

Personnummer
Namn
Adress
Telefonnummer
Orsak till att du söker vård hos oss? Knä ☐ Höger knä ☐ / Vänster knä ☐ Höft ☐ Höger ☐ / Vänster ☐
Beskriv dina besvär kortfattat
Har du genomfört någon av angivna behandlingar innan du sökte till oss? Artrosskola ☐ Medicinering ☐ Fysioterapi ☐
Om du har genomfört röntgen, var och när gjorde du den?
Har du andra sjukdomar som vi behöver ta hänsyn till i vår bedömning?
Får vi ta del av din patientjournal när vi bedömer din egenremiss?
Datum & Underskrift