

## Egenremiss Rehabiliteringen

Remissen bedöms av sjukgymnast som beslutar om tid skall erbjudas eller om det är primärvårdens ansvar att behandla i första hand. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt (baksida/s.2 kan användas). Om vi saknar viktiga uppgifter kommer remissen att skickas i retur.

**Vi har inte i uppdrag att ta emot remisser gällande artrosskola, FaR eller bassängträning.**

Namn	Personnummer	Yrke

Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Telefonnummer (arbete)	Godkänner SMS-påminnelse
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Folkbokföringsadress

--

Problem du önskar bedömning av (du får endast ange en åkomma/alternativ per remiss)

<input type="checkbox"/> fot/fotled	<input type="checkbox"/> knä	<input type="checkbox"/> höft	<input type="checkbox"/> hand/handled	<input type="checkbox"/> axel/skuldra	<input type="checkbox"/> diabetes
<input type="checkbox"/> hälsena	<input type="checkbox"/> inkontinens	<input type="checkbox"/> stress	<input type="checkbox"/> sömn	<input type="checkbox"/> tinnitus	<input type="checkbox"/> bäcken

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft besvär.

--

Har du haft tidigare kontakt/behandling för aktuellt besvär? I så fall, vad och var?

--

**Denna remiss skrivs ut, signeras och skickas per post till:**

Capio Lundby Närsjukhus  
Rehabiliteringen  
Box 8753, 402 76 Göteborg

Namnsteckning

Datum