

EGENREMISS TILL ORTOPEDEN HELSINGBORG

För att vi ska kunna göra en prioritering ber vi dig att fylla i detta papper och ange dina symtom så noggrant som möjligt samt var eventuell röntgen eller andra undersökningar är utförda.

Egenremissen ska skrivas ut och skickas till: Helsingborgs lasarett, ortopedmottagningen, 251 87 HELSINGBORG.

Personnummer:
Namn:
Gatuadress:
Postnr och ort:
Telefon Hem:
Arbete:
Mobil:

Plats för ortopedens stämpel

Var sitter dina besvär?

När började du känna av besvären?

Beskriv kortfattat dina symtom: (fortsätt gärna på baksidan om det ej får plats)

.....

.....

.....

.....

Har du sökt tidigare för samma besvär? **JA** **NEJ**

Om ja, var

När ni sökt annan läkare för dessa besvär? **JA** **NEJ**

Om ja, vilken?

Får vi beställa journalkopior från din tidigare läkare? **JA** **NEJ**

Har ni blivit röntgenundersökt p g a besvären? **JA** **NEJ**

Om ja, var?