

# Remiss

## Avsändare/Svarsomottagare:

Namn	
Titel	
Enhet	
Adress	
Postadr	
Tel	
Kombika	

Till:  
DBI Vård & Hälsa  
Att: Cityortopedi  
Farstagången 24  
123 47 Farsta

## Akut (kryssa i):

- Ja
- Nej

## Patient:

Personnummer	
Namn	
Adress	
Postadress	
Mobilnummer	

## Patienten har besvär med (kryssa i):

- Axel
- Armbåge
- Handled
- Hand
- Höft
- Knä
- Fotled
- Fot

Tacksam bedömning och fortsatt omhändertagande.

## Övriga upplysningar:

--

Patienten har lämnat samtycke till att denna remiss skickas.

Patienten medger att journalanteckningar får skickas efter.

Datum och ort:

--