**EGENREMISS**

Datum / /2017

|  |  |
| --- | --- |
| **För- och efternamn** | **Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)** |
| **Adress** | **Yrke** |
| **Telefon-/Mobilnummer** | **Ordinarie vårdcentral** |
| **E-post** | **Län** |

**Aktuellt besvär/skada**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEJ** |
| Hand/Handled |  |  |
| Armbåge |  |  |
| Axel |  |  |
| Fot |  |  |
| Knä |  |  |
| Höft |  |  |
| Annat: | | |

**Vilken sida?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEJ** |
| Höger |  |  |
| Vänster |  |  |
| Båda sidor |  |  |
| **Hur länge har du haft besvären?** | | |

**Har du haft något trauma?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JA** | **NEJ** | **Om ja, när?** |
|  |  |  |

**Har du fått behandling för ditt besvär?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JA** | **NEJ** | **Om ja, när och var?** |
|  |  |  |

**Har du varit på röntgen?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JA** | **NEJ** | **Om ja, när?** |
|  |  |  |

**Har du varit på undersökning med magnetkamera?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **JA** | **NEJ** | **Om ja, när?** |
|  |  |  |