



**Bromma**  
**Ortopedmottagning**

**EGENREMISS**

Datum / /2017

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

**Aktuellt besvär/skada**

<input type="checkbox"/> Hand/Handled <input type="checkbox"/> Armbåge <input type="checkbox"/> Axel <input type="checkbox"/> Fot <input type="checkbox"/> Knä <input type="checkbox"/> Höft <input type="checkbox"/> Annat _____	
Vilken sida? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Båda sidor	Hur länge har du haft besvären?
Har du haft något trauma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När?	
Har du fått behandling för ditt besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, när och var?	
Har du varit på röntgen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, när?	Magnetkamera? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, när?