



Egenremiss Fysioterapi

Postas till:

Hälsopoolens Rehabklinik, Tideliussgatan 12, Östra entrén, 118 69 Stockholm

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon inkl riktnr	Mobil

Vad har du för besvär?
Vad vill du ha hjälp med?
Hur länge har du haft dina besvär?
Har du nyligen försämrats? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, sedan hur länge har du upplevt en försämring?)
Har du tidigare behandlats av fysioterapeut/sjukgymnast för dessa besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, ange när)
Har du några andra diagnoser eller sjukdomar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, ange vilka)
Är du sjukskriven <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, sedan när?)
Har du behov av tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Om ja, vilket språk?)

Ort och datum

Namnteckning

Via brev kommer du att få besked om bokad tid eller eventuell hänvisning till annan vårdgivare. Denna blankett betraktas som en journalhandling. Lämnade uppgifter är således skyddade enligt sekretesslagen.