

## Remiss till ortopedteknik, NU-sjukvården

Remitterande enhet		Personnr	
		Namn	
		Adress	
		Telefon	
Datum	Utfärdad av (sign)		
Ordernr	Namnförtydligande		
Medicinsk bedömning, diagnos			
Diagnos vid diabetes, risknivå diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> NDR1: Inga tecken på distal neuropati, perifer kärlsjukdom eller andra problem <input type="checkbox"/> NDR2: Det finns tecken på distal neuropati eller perifer kärlsjukdom <input type="checkbox"/> NDR3: Det finns tecken på distal neuropati eller perifer kärlsjukdom, har tidigare förekommit fotsår, amputation, fotdeformitet eller annan hudpatologi som förhårdnader och hudsprickor <input type="checkbox"/> NDR4: Det föreligger pågående fotsår oavsett neuropati eller kärlsjukdom, eller grav osteopati eller smärtsyndrom			
Funktionsnedsättning/symtom		För regler angående förskrivning med regionbidrag se: <a href="http://www.vgregion.se/">http://www.vgregion.se/</a> Sök: "produktanvisningar". Klicka på "Produktanvisningar – Hjälpmedel i Västra Götalandsregionen"	
Syfte/målsättning		Användningsområde <input type="checkbox"/> ADL <input type="checkbox"/> arbete <input type="checkbox"/> idrott	
Hjälpmedelsförslag		Remissvar önskas <input type="checkbox"/> Ja	
Behandlingstid (veckor)	Giltighetstid för medicinsk bedömning avseende ortopedtekniskt hjälpmedel: <input type="checkbox"/> Ett tillfälle <input type="checkbox"/> 1 år <input type="checkbox"/> 3 år <input type="checkbox"/> 5 år		

Anteckningsfält för ortopedteknik							
Rem ankom OTA	Spec.	Art.nr.	Antal	Pris			
Bedöms av							
Handläggare							
Bokningstid							
Kallelse skickas om ..... veckor	Pr	Skickas	Hämtas	Lev	Egenavg	Betalt	