

Remiss för ortopedteknisk åtgärd

Ofullständig remiss returneras

Remissinrättning	Pers nr Namn Adress Telefon	
Remiss till Ortopedteknik Borås Tel: 033-616 1460 Fax: 033-616 2006 Södra Älvsborgs Sjukhus 501 82 Borås	Rem Datum	Remitterande:
Diagnos: Debutår:		
Tolkbehov ☐ Nej ☐ Ja, Språk:		
Har patienten provat egenvård? ☐ Ja: _____ ☐ Inte aktuellt		
Riskenivå ska fyllas i vid diabetes mellitus: ☐ NDR 1 ☐ NDR 2 ☐ NDR 3 ☐ NDR 4		
Anamnes & Status:		
Målsättning/Syfte:		
Ordination: ☐ Skor ☐ Inlägg ☐ Ortos ☐ Annat:		
Önskvärd funktion hos ev. ortos ☐ Ledad ☐ Oledad Flex/extensionbegränsning/stopp: ÖVRIGT:		
Patientinstruktioner vid ortos: ☐ Får belasta ☐ Används nattetid ☐ Får tas av för luftning Beräknad behandlingstid: _____veckor		
Underskrift ordinator:		