

## “EGENREMISS”

### UNDERLAG FÖR BOKNING AV LÄKARBESÖK - ORTOPEDI

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Postadress	
Telefon	bostad	arbete	mobil

**Besöksorsak:** .....

.....

.....

.....

.....

**När började besvären?** .....

.....

.....

.....

**Beskriv smärta / värk:** .....

.....

.....

.....

.....

**Tidigare röntgen gällande dina besvär:**

**När?** .....

**Var?** .....

**Kroppsdel?** .....

**Jag accepterar sms-påminnelse via mobilnummer** ..... Ja  Nej

**Jag accepterar villkoren för vårdgarantin:** ..... Ja  Nej

Datum	Namnteckning
-------	--------------

**Sjukhusets anteckningar:**

ICD10	Prio	14	30	60	90	BS	TK	OT	VD	AR
Till doktor					Komplettering					
Datum					Bedömare					

POSTADRESS

Kirurg- och ortopedkliniken  
Kungälv's sjukhus  
442 83 Kungälv

TELEFON VX

0303-980 00

FAX

0303-174 68