



Egenremiss till Kognitiva Teamet Rehab

Ankomstdatum:

Förnamn:.....Efternamn:.....

Personnummer:.....

Adress:.....

Postnummer och postadress:.....

Telefonnummer:.....

Beskriv dina aktuella besvär.....

.....

.....

Hur länge har du haft dina besvär?

.....

.....

Beskriv vad du önskar hjälp med

.....

.....

Har du sökt vård för besvären tidigare?

Var?..... När?.....

Har du utretts och fått någon diagnos på dina smärtbesvär? JA..... NEJ

Har du några andra sjukdomar som du medicinerar eller går i behandling för?

.....

Beskriv din familjesituation:.....

Är du sjukskriven?I vilken omfattning?.....

Arbetar du?..... I vilken omfattning?.....

Finns det något annat som du tror är viktigt att berätta?

.....

.....

fortsättning nästa sida

Kognitiva Teamet Rehab

Stress- och smärtrehab



Jag godkänner att journalkopior eller röntgenbilder beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare: JA NEJ

Din remiss granskas av specialistläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig. Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök, alternativt få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

Egenremissen skickas till:

Kognitiva Teamet Rehab

Sandsborgsvägen 50

122 33 Enskede

Datum:..... Underskrift:.....

Kognitiva Teamet Rehab i Sverige AB

Tele växel: 08-600 03 00

Tele fax: 08-600 43 00

Hemsida: www.ktrehab.se

E-post: info@ktrehab.se

Besöksadress:

Sandsborgsvägen 52,bv,
SE-122 33 Enskede

Kommunikationer:

T-Skogskyrkogården

Postadress:

Sandsborgsvägen 50,
SE-122 33 Enskede

Organisationsnummer:

Registrerat för F-skattebevis
org nr.556827-0283