

Egen vårdbegäran

Personnummer:

Namn:

Adress:

Ort:

Telefonnummer:

Är du tidigare röntgad? Ja Ja Nej Nej

Om ja - hos vilken vårdgivare?

Har du sökt annan läkare/annat sjukhus för samma besvär? Ja Nej

Om ja - hos vilken vårdgivare?

Vilken sida av kroppen gäller dina besvär? Vänster Höger

Vilken kroppsdel gäller dina besvär? Knä Höft Axel Fot Annan

Aktuella besvär (beskriv så noga som möjligt)

CIH får ta del av eventuella journaler och röntgenbilder

Ja, jag godkänner

Nej, jag godkänner inte

Datum:

Underskrift