



**För att en remiss ska kunna bedömas och prioriteras måste en utredning ha gjorts innan med röntgen. Har inte röntgenundersökning gjorts får du vända dig till din husläkare för detta.**

**Fot:** Slätröntgen, undersökning med "belastningsbild". Högst 1 år gammal undersökning

**Knä:** Slätröntgen, undersökning med "belastningsbild". Högst 1 år gammal undersökning

**Höft- och knäledsartros:** Slätröntgen. För knäledsartros undersökning med "belastningsbild". För höftledsartros undersökning höft med "protesbäcken". Högst 6 månader gammal undersökning.

**Rygg:** Magnetkameraundersökning. Högst 1 år gammal undersökning.

**Skuldra:** Slätröntgen. Högst 1 år gammal undersökning.

**Vårdbegäran skickas till Akademiska sjukhuset, Ortopedmottagningen, 751 85 Uppsala**  
**Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"**

Personnummer (ååååmmdd- xxxx)			
Efternamn		Förnamn	
Gatuadress		Postnr och postadress	
Telefon		Vårdcentral	
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits!			
Har du sökt vård tidigare för dessa besvär? Om du svarar ja – vilken mottagning och år?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Röntgen utförd?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sjukhus?		Datum:	
Radiologisvar?			
Röntgen ej utförd på grund av?			
Operation – inställning till operation. Kan tänka mig operation om nödvändigt		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kan inte tänka mig operation i nuläget på grund av:			
Tobaksvanor Har aldrig använt tobak <input type="checkbox"/> Har slutat röka <input type="checkbox"/> Röker då och då <input type="checkbox"/> Röker dagligen <input type="checkbox"/>		Har slutat snusa <input type="checkbox"/> Snusar då och då <input type="checkbox"/> Snusar dagligen <input type="checkbox"/>	
Sjukgymnastik genomförd		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/> Ej aktuellt <input type="checkbox"/>
Har du någon allergi eller överkänslighet mot mediciner eller annat? Vad?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tar du mediciner regelbundet? Om du svarar ja – vilken medicin /vilka mediciner?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du sjukskriven? Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad?	Sjukskriven t o m:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>



**AKADEMISKA  
SJUKHUSET**

Ytterligare upplysningar:		
Samtycker du till att vi vid behov tar del av dina tidigare journaluppgifter från andra vårdgivare? Om du svarar ja – vilken mottagning?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ange ev behov av tolk: <input type="checkbox"/> Språktolk Språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråktolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk	
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:  Namn:  Telefon hem/mobil	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Underskrift		
Ort och datum:	Namn:	

**Observera att vårdgarantin inte gäller vid egen vårdbegäran**