|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÖREBRO KOMMUN** | | | **Remiss**  Arbetsterapeut/ sjuksköterska |
|  | | | Personnr: |
| Överlämning  Remiss | | Rem datum | Namn: |
| Adress: |
| Remittent: | | |  |
| Namn: | | |  |
| Tfn, sök: | | | Telefon: |
| Avd/enhet: | | |  |
|  | | |  |
| Remiss till: | | | Kopia/svar sänds till: |
| Avd/distrikt: | | |  |
| Önskad bedömning/uppföljning/överlämning: | | | |
| Diagnos/inskrivningsorsak: | | | |
| Status aktuell aktivitetsförmåga, hjälpmedel, instruktioner m m: | | | |
| Ev. restriktioner: | | | |
| Övrigt: | | | |
| Datum | Svar, handläggare: | | |
|  |  | | |