|  |  |
| --- | --- |
| **ÖREBRO KOMMUN** | **Remiss**Arbetsterapeut/ sjuksköterska  |
|  | Personnr: |
| ÖverlämningRemiss | 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: |
|  |  |