

Remiss till Stockholm Clinic — Stay Active, STAYAC

| | |
|------------------|---------------------|
| Patientuppgifter | Remissdatum: |
| Personnummer: | Remitterande enhet: |
| Namn: | Remittent: |
| Adress: | Adress: |
| Postnummer: | Postnummer: |
| Stad: | Stad: |
| Telefonnummer: | Telefonnummer: |

Diagnos/frågeställning: _____

Anamnes/status:
(Sjukskrivningsgrad /risk för sjukskrivning? Aktuella mediciner, SSRI? Rtg/MR? Tidigare rehab?)

Skriv ut formuläret med knappen till höger och skicka det till:
Stockholm Clinic Stay Active
Ekholmsnäsvägen 100, 18141 Lidingö.

Skriv ut formulär

Skicka