



## Remiss till fotsjukvård

### Vård- och omsorgsboende

Namn på verksamhet	Telefonnummer
--------------------	---------------

### Personuppgifter på den boende/ patient

Namn	Personnummer
------	--------------

### Markera aktuell ruta

<input type="checkbox"/> Diabetes med risk för eller befintliga/begynnande fotproblem
<input type="checkbox"/> Reumatisk sjukdom med fotproblem
<input type="checkbox"/> Neurologisk sjukdom med fotproblem
<input type="checkbox"/> Psoriasis med fotkomplikationer
<input type="checkbox"/> Cirkulationsrubbing som medför risk för eller förorsakat fotproblem
<input type="checkbox"/> Annan fotsjukvård som tex svårare fall av nageltrång .....

### Önskad åtgärd

<input type="checkbox"/> Fotstatus
<input type="checkbox"/> Fotsjukvårdade behandling efter behov
<input type="checkbox"/> Annat

### Meddelande från remittent (läkare eller sjuksköterska) till fotsjukvårdsterapeut

--



**Remittent (läkare eller sjuksköterska)**

Datum	Namn	telefonnummer

**Remissvar efter behandling**

--

**Fotsjukvårdsterapeut**

Datum	Namn	telefonnummer

**Remiss gäller ett år och ska därefter omprövas och ny remiss skrivas om fortsatt behandling krävs.**

**Ska sparas i omvårdnadsjournalen.**

Datum	Namn fotsjukvårdsterapeut



SOLNA STAD

2016-07-07  
SID 3 (3)