



Furuhöjden
Logopedi

Mottagare

Furuhöjden Logopedi,
Furuhöjden Nära Vård och Hälsa AB
Kanalvägen 17, 18338 Täby
073 514 75 63

Remissunderlag

Remitterande enhet:

Namn: _____

Enhet: _____

Adress: _____

Telnr: _____

Kombikakod: _____

Patient:

Personnr: _____

Namn: _____

Adress: _____

Remissdatum:

Konsultationsorsak:

Diagnos/Fråga:

Anamnes, Status:

Kompletterande uppgifter:

- Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till, och som ingår i en annan Vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård?

JA NEJ