|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**REMISS TILL MOBILT NÄRSJUKVÅRDSTEAM NORR**

OBS: Remissen endast avsedd för kommunsköterska!

**Patient:**

Namn: ……………………………………………………………..

Personnummer: ……………………………………………………

Adress: …………………………………………………………….

Telefon nr: …………………………………………………………

**Avsändare:**

SSK .………………………………. Patientens VC: ……………………..…. HSV-område …………………… PAL…………………………….………

Telefon nr ……………………....… Godkännande av läkare: JA / NEJ

Remiss datum: …………………….

**Instruktion:**

1. Fyll i remissen
2. Skicka remissen till:

Mobilt Närsjukvårdsteam Norr, Lindesbergs lasarett, 711 82 Lindesberg

**DIAGNOS/ PROBLEM:**

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

**ANAMNES/ STATUS:**

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………

**SVAR:**