

<b>Avsändande organisation:</b>		<b>Remiss</b> Arbetsterapeut	
Överlämning	Remiss	Rem datum	Personnr: Namn: Adress:  Telefon:
Remittent: Namn: Tfn, sök: Avd/enhet: Beh. läkare:			
Remiss till: Avd/distrikt:		Kopia/svar sänds till:	
Önskad arbetsterapeutisk bedömning/uppföljning/överlämning:			
Diagnos/inskrivningsorsak:			
Status aktuell aktivitetsförmåga, hjälpmedel, instruktioner m m:			
Ev. restriktioner:			
Övrigt:			
Datum	Svar, handläggare:		