

Faxmeddelande från Läkarhuset i Östersund AB**Sjukgymnastremiss**

Vi önskar använda vår egen sjukgymnast

Till:

Patientnamn

Personnummer

Adress

Telefonnummer

Skadenummer

Försäkringsnummer

Diagnos:

Bedömning:

Sjukhistoria:

Faxsvar från FörsäkringsbolagetPatienten har rätt till sjukgymnastik Ja Nej

Patienten har rätt till följande antal behandlingar (ex 8 behandlingar)

Ni får använda er egen sjukgymnast Ja Nej

Underskrift

Namnförtydligande

Titel
