

## REMISS FÖR BEHANDLING I ÖPPEN VÅRD Vintersol – Teneriffa

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

**Behandlingsdiagnos** - art och lokalisering av den sjukdom som ska behandlas

**Syfte/mål med behandlingarna**

**Särskilda instruktioner till vårdgivaren**

<b>Remitterande läkare</b> Namn	<b>Remissdatum</b>
Sjukhus/Klinik - Vårdcentral	<b>Giltighetstid</b> Remissen är giltig tre månader från remissdatum om annan tid inte undantagsvis anges
Adress	Annan giltighetstid
Postadress	Max tio (10) behandlingar á 30 minuter per vecka.
Telefon	<b>Underskrift</b>

Skickas in till:

Region Sörmland  
Patientsäkerhetsenheten  
Klimatvård  
Mälarsjukhuset  
631 88 Eskilstuna