

Från:

Till:

Medicinskt underlag för ortopedteknisk åtgärd		Order nr:	Rekv nr:
Remissinrättning:		Person. nr:	
		Namn:	
		Adress:	
SKARABORGS ORTOPEDSERVICE AB www.ortopedservice.se		Telefon:	
Skaraborgs Sjukhus Lidköping 531 85 LIDKÖPING Tel. 0510-855 66 sosabl@ortopedservice.se		Skaraborgs Sjukhus Skövde 541 85 SKÖVDE Tel. 0500-43 15 80 sosab@ortopedservice.se	
Diagnos:			Diagnoskod:
Ordination:			
Målsättning/syfte:			Användningsområde:
			<input type="checkbox"/> ADL
			<input type="checkbox"/> Arbete
			<input type="checkbox"/> Idrott
TILLVERKNINGSINSTRUKTIONER ORTOS			
FOT:		KNÄ:	Övrigt:
<input type="checkbox"/> Oledad <input type="checkbox"/> Ledad		<input type="checkbox"/> Oledad <input type="checkbox"/> Ledad	
<input type="checkbox"/> Rörelseomfång flex. ext		<input type="checkbox"/> Rörelseomfång flex. ext	
Patientinstruktioner:		Övrigt:	
Får belasta <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Används nattetid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Tas av för luftning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Ordinationen avser:		Giltighetstid År	
<input type="checkbox"/> Nyordination <input type="checkbox"/> Reordination <input type="checkbox"/> Rep. / justering		<input type="checkbox"/> Gäller för 1 tillfälle	
Datum:	Underskrift:	Namnförtydligande:	
Noteringar: _____			
Kallas:	Skickas:	Hämtas:	Leverans:
Handläggare:			