

## Remiss för poliklinisk rehabilitering utomlands

Personnr	Scandinavian Rehabilitation Center (SRC)  Svenska Re <input type="checkbox"/>  Vintersol <input type="checkbox"/>
Namn	
Adress	
Postadress	
Telefon	
Mobil	
BEHANDLINGSDIAGNOS - art och lokalisering av den sjukdom som ska behandlas	
SÄRSKILDA INSTRUKTIONER TILL VÅRDGIVAREN	
Namn på remitterande läkare	REMISSDATUM
Sjukhusklinik - vårdcentral	GILTIGHETSTID Remissen är giltig sex (6) månader från remiss- datum om annan tid inte undantagsvis anges.
Adress	
Postadress	<i>Annan giltighetstid</i>
Telefon	_____ Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift uttagningsläkare

\_\_\_\_\_  
Datum och ort

\_\_\_\_\_  
Beslutsdatum

Godkänd  
Avslag