

Remiss för poliklinisk rehabilitering utomlands

Personnr	Scandinavian Rehabilitation Center (SRC)	
Namn		Svenska Re <input type="checkbox"/>
Adress		Vintersol <input type="checkbox"/>
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	
Adress	Remissen är giltig sex (6) månader från remissdatum om annan tid inte undantagsvis anges.	
Postadress	<i>Annan giltighetstid</i>	
Telefon	_____ Underskrift	

Namnunderskrift

Datum och ort