



Remiss till medicinsk fotsjukvård - särskilt boende för äldre			
REMISS TILL:		Patientens namn:	
Datum		Personnr:	
Äldreboende: Enhet: Adress:		Remittent:	
Tele:		Tele:	
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska:	Tele:	Patientansvarig läkare:	Tele:
Sätt kryss i ruta som berättigar till medicinsk fotsjukvård:			
<input type="checkbox"/> Diabetes i riskgrupp 2 <input type="checkbox"/> Diabetes i riskgrupp 3 <input type="checkbox"/> Cirkulationsrubbingar som förorsakat eller riskerar att förorsaka sårbildningar <input type="checkbox"/> Grava fotproblem förorsakade av reumatiska, ortopediska och neurologiska sjukdomar <input type="checkbox"/> Andra fotsjukvårdsfall av uttalad medicinsk art ex. svårare nageltrång el. psoriasis med fotkompl. Ange vilken _____ (Se direktiv i MAS riktlinje gällande kriterier)			
Beskriv varför medicinsk fotsjukvård beviljas med en tydlig frågeställning:			
Meddelande till remittent efter fotsjukvårdsbeh.:			
Datum:	Fotterapeut namn:		Tele:

Socialförvaltningen

Datum:	Meddelande till remittent efter fotsjukvårdsbehandling:	Fotterapeut:

Remissen gäller 1 år och ska därefter omprövas och ny remiss skrivs vid fortsatt behandling. Ska sparas i omvårdnadsjournalen.