

Remiss för fotsjukvård

Patientstämpel:

Remissavsändare:

Datum:

Diagnos/grundsjukdom:

Vid diabetes - debutår:

Behandling:

		ja	nej
Status:	Tecken på nervskada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tecken på perifer kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tecken på grava fotproblem inkl missbildning och felställning förorsakade av reumatiska, ortopediska eller neurologiska sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andra fotsjukvårdsfall, svårare fall av nageltrång eller psoriasis med fotkomplikationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tidigare haft kroniska sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medicinering relaterad till fotproblemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Om ja, vilken/vilka:		
	Behandlingsskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fotbäddar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupp 1 <input type="checkbox"/>	Grupp 2 <input type="checkbox"/>	Grupp 3 <input type="checkbox"/>	Grupp 4 <input type="checkbox"/>
Lågrisk	Mellanrisk	Högrisk	Pågående skada

Önskad åtgärd:	Fotstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Information/rådgivning kring egenvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fotsjukvårdande behandling efter behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annat:

Remissvar:

Datum:

Underskrift: