

## Remiss till Stockholm Clinic — Stay Active, STAYAC

Patientuppgifter	Remissdatum:
Personnummer:	Remitterande enhet:
Namn:	Remittent:
Adress:	Adress:
Postnummer:	Postnummer:
Stad:	Stad:
Telefonnummer:	Telefonnummer:

Diagnos/frågeställning: \_\_\_\_\_

Anamnes/status:  
(Sjukskrivningsgrad /risk för sjukskrivning? Aktuella mediciner, SSRI? Rtg/MR? Tidigare rehab?)

Skriv ut formuläret med knappen till höger  
och skicka det till: Stockholm Clinic Stay Active  
Stockholmsvägen 33, 181 33 Lidingö.

Skriv ut formulär

Skicka