



Remiss medicinsk fotsjukvård

Gäller max ett år från utfärdningsdatum

Patientinformation

För- och efternamn	Personnummer
Verksamhet	Patientansvarig läkare

Patienten tillhör följande målgrupp

Diabetes utan komplikation:

Årlig fotstatus (i samband med årlig läkemedelsgenomgång)

Diabetes med befintlig eller begynnande komplikation:

Perifer neuropati och/eller angiopati Förhårdnader

Amputation Mycket torr hud

Rodnader Palpabel fotpuls eller ankeltryck <80mm Hg

Fotdeformiteter Nedsatt perifer cirkulation

Svår cirkulationsrubning som:

Förorsakat sår Riskerar förorsaka sår

Grava fotproblem relaterade till missbildningar och felställningar orskad av:

Reumatisk sjukdom Ortopedisk sjukdom

Neurologisk sjukdom

Andra fotsjukvårdsfall, till exempel svårare nageltrång, eller psoriasis med fotkomplikation.

.....

Remiterande sjuksköterska

Datum	För- och efternamn	Signatur
-------	--------------------	----------

Remissvar (Ifylls av fotsjukvårdare)

Remissen Godkänns Avslås Datum:

.....

.....

.....

.....