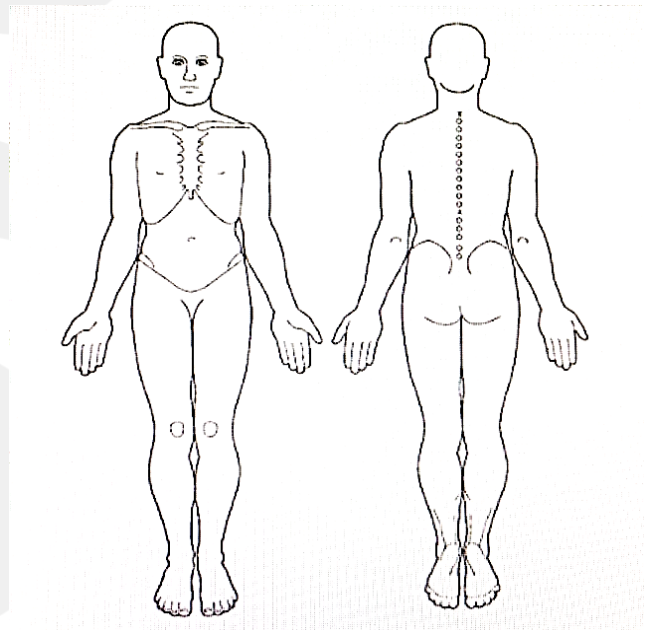


Egenremiss för privatbetalande patienter

| | |
|--|--|
| Namn: | Personnummer: |
| Adress | Mobil nr: |
| Magnetrontgen gjord inom senaste 12 månaderna | ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> |
| På vilket sjukhus/instans är röntgen utförd på | |
| Är du tidigare rygg- eller halsryggs opererad | ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> |

Beskriv dina besvär (halsrygg/ländrygg) samt fyll i smärteckning:

Beskriv dina besvär armar/ben samt fyll i smärteckning:



Tidigare/ övriga sjukdomar:

Samtliga kostnader i vårdförloppet belastas dig som patient. Det innebär alla mottagningsbesök, eventuell bildiagnostik och operation samt öppenvårdsrehabilitering. Alla kostnader för olika behandlingar skall betalas innan utförd tjänst. För operation så skall betalning finnas tillgänglig på RKC konto 10 dagar innan planerat operationsdatum.

Jag godkänner ovanstående

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Ryggkirurgiskt Centrum Stockholm AB vid Sophiahemmets sjukhus Postadress: Box 5605 | 114 86 Stockholm