

Patientens namn \_\_\_\_\_

Diagnos/Rekommendation \_\_\_\_\_

Camp Pro Hornstull	Camp Pro City (f.d. Melins)	Camp Pro Sophiahemmet (f.d. Anatomic)
<input type="checkbox"/> Individuellt anpassade Ortopediska fotbäddar <input type="checkbox"/> Gång och/eller löpanalys med videoupptagning <input type="checkbox"/> Hjälp att välja rätt sko (Asics, New Balance, Brooks, Icebugs etc.) <input type="checkbox"/> Fysioterapi/kiropraktik/naprapati <input type="checkbox"/> Stötvågsbehandling <input type="checkbox"/> Dry Needling <input type="checkbox"/> Kompressionsstrumpor <input type="checkbox"/> Ortos Kroppsdel _____ <input type="checkbox"/> Träningsredskap <input type="checkbox"/> Övrigt _____	<input type="checkbox"/> Hälkoppar <input type="checkbox"/> Värmeplagg <input type="checkbox"/> Hjälp att välja rätt sko/sandal (Arcopedico, Embla, Docksta, Birkenstock etc.) <input type="checkbox"/> Kompressionsstrumpor <input type="checkbox"/> Stödstrumpor, graviditetsstrumpor, antihalksockar <input type="checkbox"/> Ortos Kroppsdel _____ <input type="checkbox"/> Hjälpmedel t.ex rollatorer, rullstolar, kryckor, käppar etc. <input type="checkbox"/> Övrigt _____	<input type="checkbox"/> Individuellt anpassade Ortopediska fotbäddar <input type="checkbox"/> Gång och/eller löpanalys med videoupptagning <input type="checkbox"/> Hjälp att välja rätt sko <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Stötvågsbehandling <input type="checkbox"/> Dry Needling <input type="checkbox"/> Ortos Kroppsdel _____ <input type="checkbox"/> Övrigt _____

Jag tillåter att Camp Pro sparar denna information.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Ordinatörens namn \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_ E-post \_\_\_\_\_

### Camp Pro Hornstull

Hornsgatan 164  
117 28 Stockholm  
Telefon: 08 - 440 50 90

### Camp Pro City

(f.d. Melins)  
Kungsgatan 53  
111 22 Stockholm  
Telefon: 08 -10 67 13

### Camp Pro Sophiahemmet

(f.d. Anatomic)  
Valhallavägen 91 Ingång L2  
114 86 Stockholm  
Telefon: 08 - 20 00 77