

Blankett

Ankomstdatum
(ifylles av mottagaren)

Egen vårdbegäran (egenremiss)

Namn		Personnummer	
Yrke/Sysselsättning			
Gatuadress, Postnummer och postadress			
Telefon <i>(Inkl riktnummer)</i>	Telefon arbete <i>(Inkl riktnummer)</i>	Telefon mobil <i>(Inkl riktnummer)</i>	

1. Ge en kort beskrivning av de besvär som du önskar söka en specialistläkare för.

2. Hur länge har du haft besvären?

3. Har du sökt hos annan läkare för de besvär som du nu söker för hos oss?

Ja Nej

Om ja, ange när, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer

4. Har du genomgått undersökningar eller utredningar för de besvär du nu söker för?

Ja Nej

Om ja, ange vilken typ av undersökning eller utredning samt var och när.

Blankett

Ankomstdatum
(ifylles av mottagaren)

Namn	Personnummer
------	--------------

5. Kontrolleras du regelbundet av någon läkare för någon sjukdom?

Ja Nej

Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

6. Är du i behov av tolk?

Ja Nej

Om ja, ange vilket språk.

Ja Nej

7. Godkänner du att vi kontaktar dig på i blanketten ifyllda uppgifter?

8. Vilka mediciner använder du för närvarande? Bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

Läkemedelsnamn	Styrka	Dos
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående läkare inför läkarbesöket

Ort och datum

Namnsteckning

Namnförtydligande

