

## 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