

EGENREMISS

Personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Gatuadress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	Mobilnummer

Beskriv dina besvär:

Erfarenheter från krig, förföljelse och/eller flykt?

Vilka vårdkontakter har du? (exempelvis vårdcentral, specialklinik/centrum)

Vilka läkemedel använder du?

Språk: _____

Datum och Underskrift

Underlaget skickas till: Flyktingmedicinskt centrum, Vrinnevisjukhuset 601 82 Norrköping