



Flyktingmedicinskt centrum
Medicinsk mottagning för nyanlända (MMN)

Underlag till Hälsundersökning från _____ (fyll i avsändare)

Har personen tidigare gjort hälsundersökning? Ja: _____ Nej: _____
(Om svar ja görs ingen mer hälsundersökning).

Personen är här genom: Anhöriganknytning _____
Asylsökande _____
Kvotflykting _____
Kärleksinvandring _____

Arbetskraftsinvandring erbjuds ingen hälsundersökning.

När kom personen till Sverige? _____
(Har man befunnit sig i Sverige över 2 år erbjuds ingen hälsundersökning).

Har personen tidigare varit asylsökande? Ja: _____ Nej: _____

Pers nr: _____ Dos nr: _____

Namn: _____ Kön: _____

Adress: _____ ursprungsland: _____

Telefon: _____ Språk: _____

Har personen övriga familjemedlemmar som **ej** gjort hälsundersökning?

Pers nr: _____ Namn: _____

Pers nr: _____ Namn: _____

Pers nr: _____ Namn: _____

Pers nr: _____ Namn: _____

Underlaget skickas till Flyktingmedicinskt centrum, Medicinsk mottagning för nyanlända, Vrinnevisjukhuset, 60182 Norrköping. 010-1042447. **Obs! Ej via mail.**

Uppgiftslämnare/Kontaktperson:
Telefonnummer: