

Egenremiss till Beroendemottagningen

Skickas till:

Beroendemottagningen

Box 1223

351 12 Växjö

Datum:

Personnummer:

Namn:

Adress:

Telefonnummer:

Tidigare kontakt med Beroendemottagningen

JA/när

Nej

Beskriv kortfattat om dina besvär:

Kontakt med socialförvaltningen:

Minderåriga barn:

Ja

Nej