

Personuppgifter

Namn:		Personnummer:	
Adress:		Telefonnummer:	
Postnummer:	Ort:		

Beskriv kortfattat de besvär som är anledningen till att du söker specialistvård

Hur länge har du haft dessa besvär?

Har du sökt vård hos någon annan vårdgivare för dessa besvär? Ja Nej

Om ja, ange när och var:

Vilken utredning/behandling har du fått?

Har du någon annan sjukdom? Ja Nej

Om ja, vilken? Ange även var du får behandling:

Använder du några läkemedel för närvarande? Ja Nej

Om ja, vilka?

Ange längd	cm	Ange vikt:	kg	Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
------------	----	------------	----	-----------	-----------------------------	------------------------------

Behöver du språktolk eller tolkstöd (exempelvis teckenspråktolk, dövblindtolk eller skrivtolk)? Ange vilket språk eller vilken typ av tolkstöd du behöver:

Samtycker du till att vi tar del av journaluppgifter som är relevanta för att bedöma din egenremiss? Ja Nej

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande: