



Förnamn		Efternamn	
Personnummer	Adress		
Postnummer	Postadress		
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Uppge hur länge besvär har funnits.			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, uppge mottagning och årtal. Mottagning <span style="float: right;">Årtal</span>			
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, uppge för vad.			
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, uppge sjukdom			
Tar du medicin regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, uppge mediciner.			
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange sjukskrivningsgrad och hur länge du är sjukskriven.			
Ytterligare upplysningar.			
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Ange eventuellt behov av tolk. A) Språktolk, teckenspråkstolk, dövblindtolk, vuxendövtolk.  B) Ange språk.			
Har någon annan hjälpt dig att fylla i blanketten. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan. Namn och telefonnummer.			
<b>Blanketten skickas till önskad specialistmottagning.</b>			

Ort och datum

Namn-teckning