

Egenremiss

Namn	
Personnummer	
Adress	
Telefonnummer	
Datum	

Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom Du har nu och hur länge Du haft dem:

Har Du sökt vård tidigare för samma besvär? Ja Nej

Har Du någon allergi eller överkänslighet? Om ja, ange mot vad:

Kontrolleras Du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, ange för vad:

Tar Du medicin regelbundet? Om ja, ange vad:

Godkänner Du begäran av journalkopior från annan klinik? Ja Nej

Vid svar Ja; Vilken klinik har Du besökt?
