

EGENREMISS

Namn	
Personnummer	Yrke
Adress	
Postnummer	Postadress
Telefon hem	Telefon arbete
Mobiltelefon	

Lämna en kort beskrivning av de besvär du önskar söka läkare för

Hur länge har du haft dessa besvär? _____

Är du sjukskriven för dessa besvär? _____

Har du sökt en annan läkare för dessa besvär? Om ja, ange läkarens namn och adress

Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? Om ja, ange läkarens namn och adress

Vilka mediciner använder du för närvarande?

Jag accepterar att journaler beställs från läkare på ovanstående kliniker/vårdcentraler/privatmottagningar inför besöket hos oss.

Datum: _____

Underskrift

Namnförtydligande