

## EGENREMISS

Var god fyll i egenremissen och skicka den undertecknad till oss.

Efternamn: \_\_\_\_\_ Tilltalsnamn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mailadress: \_\_\_\_\_

Varför söker du kontakt med oss? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kort beskrivning av de besvär du söker för: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

När/hur började besvären? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har du sökt sjukvårdshjälp för dessa besvär? Var? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlas du för några andra sjukdomar?  Ja  Nej

Om ja, ange för vilken eller vilka: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tidigare sjukdomar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vilka mediciner använder du för närvarande (även receptfria preparat/tillskott)? Bifoga gärna medicinlista. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Finns allergi och i så fall mot vad? \_\_\_\_\_

Utbildning/arbete: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har Du varit sjukskriven under det senaste året?  Ja  Nej  
Om ja, hur länge och för vilken åkomma? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Läkare/vårdcentral, andra vårdkontakter (namn, var): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övrigt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

För bedömningen vill vi gärna att du skickar oss, eller senast vid besöket tar med, **kopior på dina aktuella utredningar och provtagningsresultat.**