

Egenremiss till (fylls i av mottagningen)

Personnummer

Namn

Adress

Postadress

Telefon

Telefon mobil

Beskriv kortfattat vilka besvär du söker för

Hur länge har du haft dessa besvär

Har du tidigare sökt för dessa besvär

Ja

Nej

Om ja, var

När

Har du behandlats på kliniken tidigare

Ja

Nej

Om ja, vilket år

Är du sjukskriven för dina besvär

Ja

Nej

Om ja, sedan hur länge

Är du röntgad för de besvär du nu söker för

Ja

Nej

Om ja, var

När

Önskar tolk

Ja

Nej

Om ja, vilket språk

### Namnteckning

Härmed tillåter jag att kliniken får ta del av journalhandlingar från lasarettet/vårdcentralen (skriv namnet på vårdenheten om du ger ditt medgivande)

Ort och datum

Namnteckning

Mottagningens noteringar

Anmälan mottagen, datum

Prioritet

Patienten kallas för undersökning inom, antal månader