

Personuppgifter:

För- och efternamn		Personnummer
Gatuadress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	Mobilnummer
Syssetsättning		

Information om mig:

Vikt: _____ kg Längd: _____ cm BMI: _____

Röker: Nej Ja Allergier: Nej Ja Vilka: _____

Aktuella/tidigare sjukdomar: _____

Vilka läkemedel använder du?**Vad vill du ha hjälp med?****Beskriv dina besvär:**Foton bifogas: Nej Ja Tolk behövs: Nej Ja Språk: _____**Vilka vårdkontakter har du? (exempelvis vårdcentral, specialkliniker/centrum)**

För att kunna bedöma egenremissen är det av stort värde att vårdpersonalen som tar emot remissen kan ta del av tidigare journaluppgifter gällande dig. Samtycker du till att mottagande klinik tar del av dina journaluppgifter (t.ex. journalanteckningar, provsvar, röntgenbilder etc.) från de vårdkontakter du har angett?

Ja Nej **Datum och underskrift:**
