

# Egenremiss

Namn	Personnummer
Yrke/Sysselsättning	Telefon
Gatuadress	Postnummer och postadress

- 1** Ge en kort beskrivning av de besvär som du önskar söka en specialistläkare för.
- 2** Hur länge har du haft besvären?
- 3** Har du sökt hos annan läkare för de besvär som du nu söker för hos oss?  
 Ja  Nej Om ja, ange när, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer
- 4** Har du genomgått undersökningar/utredningar för de besvär du nu söker för?  
 Ja  Nej Om ja, ange vilken typ av undersökning eller utredning samt var och när.

**5** Kontrolleras du regelbundet av någon läkare för någon sjukdom?  
 Ja  Nej Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

**6** Är du i behov av tolk?  
 Ja  Nej Om ja, ange vilket språk.

**7** Godkänner du att vi kontaktar dig på i blanketten ifyllda uppgifter?  
 Ja  Nej

**8** Vilka mediciner använder du för närvarande?  
Bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

Läkemedelsnamn

Styrka

Dos

Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående läkare inför läkarbesöket

Namnteckning

Namnförtydligande

Ort och datum



**Posta remissen till:**

Bergman Clinics, Batterigatan 9, 553 05 Jönköping