

Patientuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

Beskriv dina besvär och hur länge du har haft dem:

Vad vill du ha hjälp med?

Finns vårdkontakter för aktuellt tillstånd/sjukdom hos andra vårdgivare?

Ja Nej

Om 'Ja' - var har du varit, vem har du träffat och när skedde detta? Skicka gärna med journalanteckningar.

Godkänner du att vi läser din journal hos andra vårdgivare, i det fall det finns anteckningar som kan ha betydelse för aktuell sjukdom/skada? Ja Nej

Har du behov av tolk? Ja Nej Vilket språk?

Vilka läkemedel använder du?

Finns det någon övrig information vi behöver känna till med anledning av det du söker för?

Datum och signatur