

## EGENREMISS

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postadress
Telefon hem	Mobiltelefon
Närmast anhörig	Tel.nr
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du söker för. Ange hur länge besvären har funnits.	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mottagning och årtal:	
Har du någon allergi eller överkänslighet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Allergi/överkänslighet mot:	
Har du någon smittsam sjukdom t.ex. Hepatit, HIV, MRSA, ESBL? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sjukdom:	
Tar du mediciner regelbundet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mediciner.....	
Ytterligare upplysningar.	
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning/samtycke till gemensam journal? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Ange eventuellt behov av tolk. <input type="checkbox"/> Språk:	Vårdcentral/Landsting

Ort och datum

Namnteckning