

EGENREMISS - MULTIMODAL REHABILITERING (MMR)

Namn

Personnummer

--	--

Adress

--

Postnummer och ort

Telefonnummer

--	--

Vilka besvär söker du för?

Beskriv dina smärtbesvär (lokalisering, hur det påverkar dig i vardagen, ev diagnos)

Beskriv ditt psykiska hälsotillstånd (mående, ev diagnos)

Hur länge har du haft dina besvär?

Tar du några läkemedel? (ange vilka)

Har du sökt för dina besvär innan? (ange var, vilken behandling och/eller rehabilitering)

Har du någon pågående behandling/rehabilitering för dina besvär? (ange var)

Vad är din sysselsättning? (arbete, studier, sjukskriven etc.)

--

Ditt mål med att delta i Multimodal Rehabilitering:

Önskar ny läkarkontakt

Önskar behålla min nuvarande läkarkontakt

Namn på nuvarande läkarkontakt

--

Vårdgivande enhet

--

Remiss, hälsoenkät och blankett för samtycke skickas till:

Terapimottagningen Din Klinik
Norra Allégatan 7
413 01 Göteborg

Har du frågor?
Ring och lämna meddelande på vår telefonsvarare 031-811811
eller
Skicka e-post till samtal@dinklinik.se