

## EGENREMISS TILL VÅRDCENTRALEN DIN KLINIK

Namn	Personnummer
Adress	Postnr och ort
Telefonnummer 1	Telefonnummer 2

Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Hur länge har du haft dessa besvär?


Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om ja, uppge mottagning

--

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, uppge sjukdom.

--

Tar du medicin regelbundet? Om ja, uppge **mediciner**.

--	--

Är du sjukskriven? Om ja, ange sjukskrivningsgrad och hur länge du är sjukskriven.

Sjukskrivningsgrad	Period
--------------------	--------

Ytterligare upplysningar

--

Får vi begära dina journaler från tidigare vårdgivare?

JA

NEJ

Kom in till oss och lämna fullständigt ifyllt egenremiss i receptionen, eller skicka den till  
Vårdcentralen Din Klinik  
Fridkullagatan 27  
412 62 GÖTEBORG