



## Egenremiss - Terapimottagningen



Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon:

Samtycke till kontakt/bokning via sms \_\_\_\_\_

Remiss, hälsoenkät och blankett för samtycke skickas till:

Terapimottagningen Din Klinik  
Norra Allégatan 7  
413 01 Göteborg

Har du frågor; ring vår telefonsvarare 031-811811 eller maila till [samtal@dinklinik.se](mailto:samtal@dinklinik.se),  
så kontaktar vi dig.

Beskriv ditt psykiska hälsotillstånd (mående, eventuell diagnos)

Beskriv ditt fysiska hälsotillstånd. Beskriv eventuella smärtbesvär (exempelvis nackbesvär, muskelspänningar, stelhet i leder osv.), lokalisation, hur det påverkar dig i vardagen, eventuell 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 vart*)

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

Ditt mål med att delta i samtalsterapi?

Din nuvarande läkare (Namn, vårdcentral)

Är du listad på Din Klinik? (Ja/Nej)