

EGEN ANMÄLAN/EGEN REMISS

- BARN-och UNGDOMSMEDICIN** (ange barnets namn och personnummer samt underskrift av målsman)
 GYNEKOLOGI
 ORTOPEDI
 UROLOGI
 ÖRON-NÄS-HALS

Namn

Personnummer

Telefon dagtid

Adress: _____

Mobiltelefonnummer _____ Önskar SMS påminnelse angående bokad tid

Beskriv dina aktuella besvär?

_____ vb skriv på baksidan

Andra besvär/sjukdomar:

Ange nuvarande läkemedel som du tar, tar du blodförtunnande läkemedel ange vilket

Har du gjort några röntgenundersökningar gällande de besvär du söker för?

Har du några journalhandlingar hos annan vårdgivare som vi kan få ta del av?

Om JA, Ange vårdgivare nedan

Önskemål om tidpunkt för besök _____

Datum: _____

Underskrift: _____

Skickas till: Praktikertjänst Närsjukhus Simrishamn
Specialistmottagningen
272 81 Simrishamn