

## Egenremiss till neurologimottagningen, Specialistcentrum Vuxna

Till neurologimottagningen

Till logopedimottagningen

Förnamn

Efternamn

Personnummer (12 siffror)

Adress

Postnummer

Postadress

Hemtelefon

Mobiltelefon

Behov av tolk (kryssa)

Språk

Vilken vårdcentral tillhör du?

Vad heter din läkare?

Beskriv vilka besvär du vill ha hjälp med?

Personnummer (12 siffror)

Var har du sökt tidigare för detta? Pågår behandling, i så fall var?

Vilka mediciner använder du?

Godkänner du att vi får läsa journalanteckningar från de sjukvårdsenheter du sökt på tidigare?

Ja            Nej

Godkänner du att vi skickar påminnelser via sms? (Kontrollera ditt telefonnummer på sidan 1.)

Ja            Nej

**Datum:** ..... **Underskrift:** .....

Remissen skickas till:  
Angereds Närsjukhus  
Specialistcentrum Vuxna  
Neurologimottagningen  
Box 63  
424 22 Angered