

Egenremiss kardiologi- och diabetesmottagningen, Specialistcentrum Vuxna

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
Kardiologi- och diabetesmottagningen
Box 63
424 22 Angered