

Remiss Göteborg Flyktingmedicinsk mottagning

Remitterande enhet	Patient-ID
Namn: Adress: Postadress:	Personnr: Namn: Adress: Postadress: Tfn:
Inremitterande handläggare	Till
Namn: Tfn: E-mail:	Flyktingmedicinsk mottagning Göteborg Kaserntorget 11 A, vån 6 411 18 GÖTEBORG Tfn 031 – 747 89 50

- Klienten har givit sitt samtycke till att remiss skickas Har gjort hälsoundersökning

Land, språk, tolkbehov
Familjesituation
Inresedatum i Sverige
Datum för start av Etableringsprogrammet
Utbildning/Yrke
Tidigare/aktuella läkarkontakter i Sverige
Beskrivning av hälsoproblem/problematik
Vad säger patienten att den vill ha hjälp med?