

## Remiss Göteborg Flyktingmedicinsk mottagning

<b>Remitterande enhet</b>	<b>Patient-ID</b>
Namn: Adress: Postadress:	Personnr: Namn: Adress: Postadress: Tfn:
<b>Inremitterande handläggare</b>	<b>Till</b>
Namn: Tfn: E-mail:	Göteborg Flyktingmedicinsk mottagning 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

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