

Körkortsärenden till Nordhemskliniken, Beroendekliniken

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Finns beroendediagnos:(Vid beroende av läkemedel, viktigt att vi får information om vilket läkemedel diagnosen omfattar)

Antal provtagningstillfällen innan intyg: _____

Analyser: _____

Nästa läkarbesök för intyg: _____

Läkare, VGR ID: _____

Kontaktperson: _____

Telefon: _____

Mottagning: _____

Läkemedel: _____

Övriga upplysningar: _____

Informera gärna patient/klient om att det tillkommer kostnader

