

Förnamn	Efternamn	Personnummer

Adress	Postnummer	Ort

Telefonnummer dagtid	Alternativt telefonnummer

Behov av tolk	Språk
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Är du		
Anställd	Egen företagare	Annat (vad)

Nuvarande arbetsplats	Yrke	Startår

Har du tillgång till företagshälsovård?	Ange vilken företagshälsovård du tillhör
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Vid vilken vårdcentral är du listad?

--

Ge en kort beskrivning av dina besvär

Ge en kort beskrivning av vad på din arbetsplats eller i din omgivningsmiljö du tror orsakar dina besvär

Har du utretts för dina besvär tidigare?

Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (ange var nedan)

Enhet/Klinik där du utretts tidigare

År

Enhet/Klinik där du utretts tidigare	År

Datum

Underskrift

--	--

Skicka remissen till: