

Egenanmälan/egenremiss			
Datum:	<input type="text"/>	Personnummer:	<input type="text"/>
Namn: <input type="text"/>			
Gatuadress: <input type="text"/>			
Postnummer:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Folkbokföringadress (om annan än ovan) <input type="text"/>			
Hemtelefon:	<input type="text"/>	Mobiltelefon:	<input type="text"/>
Bor tillsammans med:	<input type="text"/>		
Vad får dig att söka hjälp just nu?	<input type="text"/>		
Beskriv dina besvär? När började de?	<input type="text"/>		
Har du kontakt med annan vårdgivare?	<input type="text"/>		
Är du för närvarande sjukskriven:	<input type="text"/>	Om ja, sedan hur länge?	<input type="text"/>
Sjukskrivande läkare och mottagning: <input type="text"/>			
Har du haft besvären tidigare? Om ja, vilken typ av besvär? Hur länge sedan var det?	<input type="text"/>		

Har du tidigare behandlats för
liknande besvär?
Om ja, vilken behandling fick du då?

Har du någon pågående behandling
för dina besvär?
Om ja, vem ansvarar för behandlingen?

Använder du droger eller alkohol?
Om ja, i vilken omfattning?
Vilken typ av droger använder du
(exempelvis överkonsumtion av
läkemedel)?

Tar du medicin för någon annan
sjukdom, just nu?

Finns det någon annat som behöver ta
hänsyn till vid vår bedömning (till
exempel graviditet eller annat?)