

“EGENREMISS”

UNDERLAG FÖR BOKNING AV LÄKARBESÖK - KIRURGI

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Postadress	
Telefon	bostad	arbete	mobil

Varför söker du?

.....

.....

.....

När började besvären?

.....

.....

.....

Beskriv smärta / värk:

.....

.....

.....

Jag accepterar sms-påminnelse via mobilnummer Ja Nej

Jag accepterar villkoren för vårdgarantin Ja Nej

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Sjukhusets anteckningar:

ICD10	Prio 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/>
Till doktor	Komplettering
Datum	Bedömare