

## “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