

EGENREMISS

*Personuppgifter

För- och efternamn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Postnummer och ort:	Mobilnummer:
Har du behov av tolk? (kryssa) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange vilket språk och om du föredrar en kvinnlig eller manlig tolk:	

*Beskriv dina besvär/symptom kortfattat:

*Vad vill du ha hjälp med?

*Vilka läkemedel använder du? Vänligen ange styrka och dosering.

*Datum och underskrift: