

## EGENREMISS

### Personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Gatuadress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	Mobilnummer

### Beskriv dina besvär:

### Vad vill du ha hjälp med?

### Vilka vårdkontakter har du? (exempelvis vårdcentral, specialkliniker/centrum)

Ja       Nej

### Vilka läkemedel använder du?

### Datum och underskrift