

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum



Ainnova Kirurgi

Namn	Personnummer	
Adress		
Telefonnummer		
Ge en kort beskrivning av de besvär Du söker för:		
Har du fått behandling för dina besvär? Om ja vilken?	Ja	Nej
Har du någon allergi/ överkänslighet? Om ja, mot vad?	Ja	Nej
Kontrolleras Du regelbundet för några andra sjukdomar?	Ja	Nej
Tar du några mediciner regelbundet?	Ja	Nej
Godkänner Du att vi tar del av journalhandlingar från andra vårdgivare?	Ja	Nej
Ytterligare upplysningar.		
Har Du behov av tolk? Om JA, vilket språk?		

Datum	Namnunderskrift
-------	-----------------

Skicka blanketten till

Ainnova Kirurgi
Flottiljgatan 67
721 31 Västerås

Telefonnummer

021-440 12 60

Mejladress

kontakt@ainnovakirurgi.se