

## Egenremiss till Cityheart

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Skriv ut formuläret och skicka det till oss så återkommer vi till dig.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Mottagning och årtal: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? Sjukdom: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Får vi ta del av dina journalhandlingar hos andra vårdgivare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Får vi skicka sms-påminnelse inför ditt besök? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ytterligare upplysningar (t.ex. behov av tolk, rörelsehinder):		

Underskrift

Ort och datum

**Skriv ut och skicka blanketten till:**

Cityheart  
Sveavägen 17, 8 tr  
111 57 Stockholm