

Egenremiss till

SODERMALMS
ÖRON- NÄSA-
HALSMOTTAGNING



Leg. läkare Monika Sundqvist
spec. öron- näsa- hals

Namn	Personnummer
Adress	E-postadress
Postnummer och postadress	
Telefon mobil	Telefon bostad eller arbete

Ge en kort beskrivning av de besvär/problem du önskar söka en specialistläkare för:

.....

.....

.....

.....

Hur länge har du haft besvären/problemen.....

Ar du sjukskriven för dessa besvär? Nej Ja Om ja, ange hur länge.....

Ar du röntgad för dessa besvär? Nej Ja Om ja, ange på vilket sjukhus.....

Kontrolleras du regelbundet av läkare för någon sjukdom?

Nej Ja Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande och adress och telefonnummer

.....

.....

Har du sökt hos annan läkare för de besvär du nu söker för hos oss

Nej Ja Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande och adress och telefonnummer

.....

.....

Vilka mediciner använder du för närvarande?

.....

.....

.....

Vid behov fortsatt på baksidan

.....
Namnteckning

.....
Datum

Egenremissen skickas till, eller medtages till eller fylls i på plats
Södermalms öron- näsa- halsmottagning, Bysistorget 4, 118 21 Stockholm