Egenremiss för vård

Habiliteringen

Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	Personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer
Behov av tolk (kryssa) ☐	Språk

Lämna en kort beskrivning av de besvär som du vill ha hjälp med:

Har du tidigare sökt eller blivit behandlad för besvären ovan?

Var? När?

Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare ☐ Ja ☐ Nej

Din remiss granskas av vårt team som bedömer om vi kan hjälpa dig.
Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

Undertecknad egenremiss skickas via brev till:

Habiliteringen
Birkagatan 1y
621 43 Visby

Datum ..... Underskrift .....

Undertecknas egenremissen av en god man? ☐ Ja