

|                                                    |              |
|----------------------------------------------------|--------------|
| Förnamn                                            | Efternamn    |
| Adress, postnummer och ort                         | Personnummer |
| Telefonnummer                                      | Mobilnummer  |
| Behov av tolk (kryssa)<br><input type="checkbox"/> | Språk        |

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

|  |
|--|
|  |
|--|

Har du tidigare sökt eller blivit behandlad för besvärén ovan?

Var?

När?

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



Ja



Nej

Din remiss granskas av specialistläkare 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:**

Psykiatriska kliniken  
Norra Hansegatan 4  
621 84 Visby

Datum

Underskrift