

Dietistmottagningen

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

Din remiss granskas av dietist 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:

Visby lasarett
Dietistmottagningen
621 84 Visby

Datum Underskrift