

Egenremiss till

Datum.....

GHP Urologcentrum Stockholm
Box 47609
117 94 STOCKHOLM

Namn:..... Personnr:.....

Adress:.....
.....

Telefonnr:.....

E-mail:.....

Vad söker Du för?.....

Lämna gärna en kort beskrivning av dina besvär.....
.....
.....

Har du sökt för detta tidigare? () nej () ja, i så fall var?
.....
.....

Får vi beställa journalkopior () nej () ja, i så fall var?
.....

Tar du några mediciner? () nej () ja, i så fall vilka?
.....
.....

Namnteckning
.....