

Fylls i av den försäkrade (Uppgifterna är obligatoriska)

Dagens behandling / konsultation är: Ny-besök Åter-besök

PERSONNUMMER AVTALSNUMMER

NAMN ADRESS POSTNR. ORT

CLEARINGNR. + BANKKONTO TELEFONNR. DAGTID E-POSTADRESS DATUM (ÅÅ/MM)

När började besvären?

ANGE ORSAKEN TILL BEHANDLINGEN / KONSULTATIONEN (DIAGNOS / SYMPTOM). **BIFOGA ORIGINALKVITTON OCH EVENTUELL REMISS!**

Har du tidigare undersökts /behandlats för liknande besvär? Ja Nei

Om Ja DATUM (ÅÅ/MM) VILKEN BEHANDLARE ANLITADE DU DÅ? (NAMN OCH ADRESS)

BEHANDLARE LÄKARE/SPECIALITET

ADRESS

POSTNR. ORT

Röntgen / lab. Inläggning på sjukhus Dagkirurgi

Krisstöd Second opinion Cancerbehandling

Annan behandling VILKEN?

Underskrift (Obligatorisk)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och fullständiga.

ORT DATUM NAMNTECKNING