



För att kunna erbjuda dig vård på rätt nivå, ber vi dig fylla i följande uppgifter. Nedanstående formulär kommer att bedömas av vår doktor. Du kommer sedan få besked via brev om tid till vår mottagning eller andra åtgärder.

Efternamn, Förnamn:

Gata/box:

Postnummer, Ort:

Personnummer:

Telefonnummer:

Här lämnar du en beskrivning av de besvär du söker oss för:

Hur länge har du haft dessa besvär?

Har du sökt annan läkare för dessa besvär? Om ja, ange läkarens namn och vårdinstans.

Har du någon annan sjukdom? i så fall vilken.

Om du använder några mediciner, uppge dem här.

Behöver du tolk?

Ange språk

Fyll i formuläret på dator eller för hand. Skriv ut och skicka papperskopiorna till :

**Ekens läkarmottagning
Bäckagårdsvägen 19
30240 Halmstad**

Telefon: 035 – 345 35