

Astma- och allergimottagning

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Skriv ut formuläret och skicka det till oss så återkommer vi till dig.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Mottagning och årtal:		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Sjukdom:		
Får vi ta del av dina journalhandlingar hos andra vårdgivare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Får vi skicka sms-påminnelse inför ditt besök? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Ytterligare upplysningar (t.ex. behov av tolk, rörelsehinder):		

Contalia AB, 08-44 66 100, 2018-12 V1

\_\_\_\_\_  
Underskrift\_\_\_\_\_  
Ort och datum**Skriv ut och skicka blanketten till:**Aleris Heart Center  
Olivecronas väg 1  
113 61 Stockholm