



Urologcentrum Stockholm Liljeholmen

Namn		Personnummer	
Telefonnummer		Mail	
Adress			

EGENREMISS Skickas till:

*GHP Urologcentrum Liljeholmen,
Liljeholmstorget 7, Box 47609,
117 94 Stockholm*

1. Vad söker du för? Lämna en kort beskrivning av dina besvär

SVAR:

2. Har du sökt för detta tidigare, i så fall vart? Om ja, inhämta om möjligt tidigare journalhandlingar.

SVAR:

3. Tar du några mediciner, i så fall vilka?

SVAR:

4. Datum och namnteckning