



EGENREMISS

Skickas till GHP Urologcentrum Odenplan, Odengatan 69, 113 22 Stockholm

NAMN

PERSONNUMMER.....

ADRESS.....

TELEFONNUMMER.....

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

.....
.....

Har du sökt för detta tidigare, i så fall var?

Om ja, inhämta om möjligt tidigare journalhandlingar.

.....

Tar du några mediciner, i så fall vilka?

.....

Datum och namnteckning

.....

