

Öron- näsa och hals



Vänligen fyll i patientformuläret inför ditt besök

Namn

Personnummer

Vilka besvär söker du hjälp för?

Hur länge har du haft besvären?

Nuvarande sjukdomar?

Vilka mediciner använder du?

Är du allergisk mot något läkemedel?

Ja

Nej

Om "Ja", vilka? _____

Har du genomgått några operationer?

Ja

Nej

Om "Ja", vilka? _____

Röker du?

Ja

Hur mycket? _____

Nej

Om du rökt tidigare, när slutade du?

Snusar du?

Ja

Hur ofta? _____

Nej

Motionerar du?

Ja

Hur ofta? _____

Sällan

Jag godkänner att verksamhet som remiss skickas till, och som ingår i en annan vårdgivare tar del av ospärrade journaluppgifter för att kunna ge god och säker vård.