

Egen vårdbegäran

Personnummer:

Namn:

Adress:

Ort:

Telefonnummer:

Är du tidigare röntgad? Ja Nej

Om ja - vid vilken vårdgivare?

Har du sökt annan läkare/annat sjukhus? Ja Nej

Om ja - vid vilken vårdgivare?

Vilken sida av kroppen gäller dina besvär? Vänster Höger

Aktuella besvär (beskriv så noga som möjligt)

CIH får ta del av eventuella journaler och röntgenbilder

Ja, jag godkänner

Nej, jag godkänner inte

Datum:

Underskrift