FORMULÄR FÖR EGENREMISS TILL MENTIS PSYKIATRI

Namn:……………………………………………………………………………………………………

Födelseår:…………………………………………………………………………………….

Adress:………………………………………………………………………………………………….

Telefonnummer:……………………………………………………………………………………

Jag godkänner att mina personuppgifter och uppgifter om min hälsa

hanteras i enlighet med GDRP för att min egenanmälan om vård ska

kunna behandlas:…………………………………………………………………………………..

Sökorsak/aktuell problematik:……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Finns problematik med missbruk av alkohol eller droger?.......................

………………………………………………………………………………………………………………

Specifika önskemål inför en kontakt med Mentis psykiatri:……………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Nuvarande vårdkontakt:………………………………………………………………………..

Tidigare vårdkontakt:…………………………………………………………………………….

Kroppsliga sjukdomar:……………………………………………………………………………

Aktuell medicinering (namn och dos):…………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

Övrig information:………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….