

**EGENREMISS
TILL DR. GALANA BALCHA
HJÄRTSPECIALISTMOTTAGNING**

***Personuppgifter**

För- och efternamn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Postnummer och ort:	Mobilnummer:
Har du behov av tolk? (kryssa) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange vilket språk och om du föredrar en kvinnlig eller manlig tolk:	

***Beskriv dina besvär/symptom kortfattat:**

***Vad vill du ha hjälp med?**

***Vilka läkemedel använder du? Vänligen ange styrka och dosering.**

***Datum och underskrift:**