

Egenremiss Klinisk genetik

Namn:	Skickas till:
Personnummer:	Klinisk genetik
Adress:	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
.....	413 45 Göteborg
Telefon dagtid:	Fax 031-84 21 60
.....	Genetisk vägledare: 031-343 48 00
	Teltid: må-fr kl 08.30-09.30
Beskriv anledningen till egenremissen, din fråga:	
<i>Vid behov, fortsätt på baksidan av remissen</i>	
Berätta så mycket du vet om sjukdomen i familjen:	
<i>Vid behov, fortsätt på baksidan av remissen</i>	
Har du tidigare varit i kontakt med Klinisk genetik? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Får vi tillstånd att rekvirera dina journalkopior? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Ort: Datum:	
.....	
<i>Underskrift</i>	
.....	
<i>Namnförtydligande</i>	