

## Egenremiss Klinisk genetik

Namn: ..... Personnummer: ..... Adress: ..... ..... Telefon dagtid: ..... .....	Skickas till: Klinisk genetik Sahlgrenska Universitetssjukhuset 413 45 Göteborg 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>	