

# Blankett för förhandsinformation (för läkarmottagning) Datum: \_\_\_\_\_

Släktnamn:	Förnamn:	Personbeteckning:
E-post:	Mobiltelefonnummer:	Telefonnummer (hem/arbete):
Gatuadress:	Postnummer:	Postanstalt:
Yrke/Vårdnadshavarens yrke:	Nära anhörig/kontaktperson:	Kontaktpersonens telefonnummer:

## SJUKDOMAR OCH/ELLER SYMTOM (även ofullständiga uppgifter)

---

---

---

## VIKTIGASTE OPERATIONER SAMT UNDERSÖKNINGS- OCH VÅRDÅTGÄRDER

---

---

---

## LÄKEMEDELSALLERGIER

---

---

---

## ALLERGIER

---

---

---

## LÄKEMEDEL SOM ANVÄNDS

---

---

---

## KOSTTILLÄGG SOM ANVÄNDS (även ofullständiga uppgifter)

---

---

---

---

---