

Posta blanketten till:

ABA Ögonklinik
Centralvägen 16
171 68 Solna

Egen vårdbegäran (egenremiss)

Ankomstdatum:

ÖGONKLINIK

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer, ort
Telefonnummer	Yrke/ Sysselsättning

Ge en kort beskrivning av de ögonbesvär som du önskar söka för. Ange vilket öga
Hur länge har du haft dessa besvär?
Har du tidigare sökt vård för samma besvär?
Har du några sjukdomar? Ange vilka.
Tar du några mediciner? Ange vilka.

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande



PÅ UPPDRAG AV
REGION STOCKHOLM

Din underskrift godkänner att vi får kontakta dig samt ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.