

EGENREMISS TILL UROLOGY FOR LIFE UROLOGIMOTTAGNING

Till:

Urology for Life Urologimottagning

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Jag söker bedömning hos urolog på grund av följande besvär:

Tidigare sjukdomar/operationer/läkemedel:

Samtycke:

Jag samtycker till att Urology for Life Urologimottagning får ta del av mina tidigare journaluppgifter och relevanta medicinska handlingar för bedömning och fortsatt handläggning.

Ort och datum: _____

Namnteckning: _____