



Klinisk genetik mottagning

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att informeras om var du ska söka vård. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.		
Ärftligt tillstånd i släkten: Nej Ja Om ja, ange sjukdom/tillstånd:		
Finns genetiskt utredning i släkten: Nej Ja Om ja, ort där släktings utredning gjordes:		
Namn och/eller personnummer på utredd anhörig:		
Din relation till utredd anhörig:		
Familjnummer/annan ref (om sådan finns):		
Pågående vårdkontakter:		
Jag samtycker till SMS-påminnelse: Nej Ja Om ja, ange telefonnummer:		
E-postadress: (Om den fylls i innebär det att du samtycker till besök över videolänk)		
Tolkbehov? Nej Ja Om ja, ange vilken typ/vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare**Blanketten skickas till:**

Klinisk genetik mottagning
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro