

Egenremiss Klinisk genetik

Namn:.....	Skickas till:
Personnummer:.....	Remissportalen
Adress:.....	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
.....	413 45 GÖTEBORG
Telefontid dagtid:.....	Vid frågor: 031-343 48 00
.....	(Genetisk vägledare/sekretariat)
	Fax 031-84 21 60

Beskriv anledningen till egenremissen, din fråga:

Vid behov, fortsätt på baksidan av remissen

Berätta så mycket du vet om sjukdomen i familjen:

Vid behov, fortsätt på baksidan av remissen

Har du tidigare varit i kontakt med Klinisk genetik? Ja Nej

Får vi tillstånd att rekvirera dina journalkopior? Ja Nej

Ort:..... Datum:.....

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

ID: KGAP0154, Version; 1.3, Publiceringsdatum: 2019-12-12, Sida 1 (1)