

Egen vårdbegäran till Plastikkirurgimottagning Malmö

| | | | |
|----------------|-------|-------------|-------|
| Förnamn: | _____ | Efternamn: | _____ |
| Personnummer: | _____ | | |
| Adress: | _____ | | |
| Postnummer: | _____ | Postadress: | _____ |
| Telefonnummer: | _____ | | |

Tidigare och nuvarande sjukdom: _____

Aktuella besvär: _____

Medicinering av betydelse: _____

Rökvanor: _____

Vikt: _____ **Längd:** _____

Datum: _____ **Underskrift:** _____

Bifoga gärna ett foto som visar det du söker för, det underlättar och påskyndar vår bedömning av din vårdbegäran.

Egen vårdbegäran skickas till:

Plastikkirurgimottagning Malmö
Skånes universitetssjukhus
205 02 Malmö