

Egenremiss till plastikkirurgiska kliniken, SUS Malmö

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Tidigare och nuvarande sjukdom: _____

Aktuella besvär: _____

Medicinering av betydelse: _____

Rökvanor: _____

Vikt: _____ Längd: _____

Underskrift: _____ Datum: _____

Bifoga som regel ett foto illustrerande det du söker för, detta underlättar och påskyndar vår bedömning av egenremissen.

Egenremissen skickas till:

Plastikkirurgiska kliniken
Skånes universitetssjukhus
205 02 Malmö

Postadress: 205 02 Malmö
Besöksadress i Malmö: Jan Waldenströms gata 18
Besöksadress i Lund: Getingevägen 4
Telefon (växel): Malmö: 040-33 10 00 / Lund: 046-17 10 00
Internet: www.skane.se/sus

Organisationsnummer: 23 21 00-0255