



## Egenremiss för specialisttandvård

ANKOMSTDATUM (ifylles av Örebro Käkkirurgiska Centrum)

### Personuppgifter

NAMN

PERSONNUMMER

ADRESS

POSTNUMMER

ORT

TELEFONNUMMER

MOBILTELEFON

### Besvär

LÄMNA EN BESKRIVNING AV DE BESVÄR DU VILL HA HJÄLP MED:

HAR DU TIDIGARE SÖKT  
FÖR BESVÄREN OVAN?

VAR?

NÄR?

Nej ↓

Ja: →

VILKA MEDICINER ANVÄNDER DU? Alternativt bifoga kopia på din läkemedelslista.

### Underskrift

Din remiss granskas av specialisttandläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig. Efter bedömningen kan du bli kallad för ett mottagningsbesök, alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

DATUM

UNDERSKRIFT

Egenremissen skrivs ut och skickas per post till: Örebro Käkkirurgiska Centrum  
Grubbensgatan 2  
702 25 Örebro