



<b>Egenremiss Rehabhuset</b>	<b>Datum</b>
<b>Namn</b>	<b>P-nr</b>
<b>Listad hos:</b>	
<b>Adress</b>	<b>Tel nr</b> <b>Arb</b> <b>Mobil</b>
<b>Vilka besvär har du?</b>	
<b>Hur började dina besvär?</b> Spontant <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/>	
<b>Hur länge har du haft dina besvär?</b>	
<b>Andra sjukdomar?</b>	
<b>Vilka mediciner tar du?</b>	
<b>När passar det bäst att vi ringer tillbaka?</b>	
<b>Eventuella önskemål:</b>	