



Vårdcentral Koppardalen

MEDGIVANDE

Undertecknad samtycker till att fullständig journal får sändas

från _____ till VC Koppardalen för fortsatt vård.

Vänligen markera om du behandlas för:

- astma/KOL
- högt blodtryck
- diabetes
- hjärt-/kärlsjukdom inkl blodförtunnande (t ex Waran, Eliquis)
- sköldkörtelsjukdom

ORT: _____

DATUM: _____

PERSONNUMMER: _____
(10 siffror)

NAMNTECKNING

NAMNFÖRTYDLIGANDE

Vårdcentral Koppardalen
Box 94, 774 22 Avesta

Tel: 0226 - 48 90 00
Fax: 0226 - 48 90 20