

Flyktingmedicinskt centrum
Medicinsk mottagning för nyanlända (MMN)

Underlag till Hälsoundersökning från _____ fyll i avsändare

Har personen tidigare gjort hälsoundersökning? Ja: _____ Nej: _____

Om svar JA görs ingen mer hälsoundersökning.

Arbetskraftsinvandring erbjuds ingen hälsoundersökning.

När kom personen till Sverige? _____

Har man befunnit sig i Sverige över 2 år erbjuds ingen hälsoundersökning.

Pers nr: _____ Dos nr: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____ Språk: _____ Kön: _____

Har personen övriga familjemedlemmar som **ej** gjort hälsoundersökning

Pers nr: _____ Namn: _____

Pers nr: _____ Namn: _____

Pers nr: _____ Namn: _____

Pers nr: _____ Namn: _____

Pers nr: _____ Namn: _____

Underlaget skickas till Flyktingmedicinskt centrum, Medicinsk mottagning för nyanlända enligt adress nedan.

Obs: Ej via mail.

Uppgiftslämnare:

telefonnummer:

Postadress

Telefon

Fax

Flyktingmedicinskt centrum
Medicinsk mottagning för nyanlända
Vrinnevisjukhuset
601 82 Norrköping

010-104 27 43

010-104 27 67