

Remiss till

Idun Bumm Kungsholmen
S:t Göransgatan 126
112 45 Stockholm

Gällande patient _____ och _____
Namn Personnr/Reservnr

Namn / tel till vårdnadshavare 1

Namn / tel till vårdnadshavare 2

Behov av tolk ? Om ja ange språk: _____

Vald konsultationsorsak:

Diagnos/fråga:

Önskad undersökning:

Anamnes, status, upplysning:

Remissen är ställd av (namn/yrke/arbetsplats samt adress dit remissvar önskas) *:

**Sedan 1 juni 2022 gäller remisskrav på alla barn över 6 månader. Remiss ska skickas av leg. vårdpersonal. Remissen postas till Idun Bumm Kungsholmen. Alt kan den ges till förälder som tar med den till oss innan första besöket om vi överenskommit om detta med vårdnadshavare om tex syskon redan går hos oss.*

Läs mer och **titta på våra lokaler** på vår hemsida www.idunbumm.se (se QR-kod)

