Psykolog- & Specialistläkarklinik

Välkomna på medicinisättning hos oss på PAX Medica.

Vänligen fyll i nedanstående formulär och skicka till oss via e-post eller ta med på första besöket. Fyll i allt även om ni uppgett informationen tidigare för att säkerställa att vi har rätt uppgifter.

1. **Personuppgifter:**

   Ditt namn:

   Personnummer:

   Adress:

   Mobiltelefon:

   E-post:

   Signatur:

   Godkänner ni sms-påminnelser från vårt system?

För att kunna genomföra en trygg och säker medicinisättning med uppföljningar bekräftar jag att jag blivit informerad om medicinpaketet dess innehåll och upplägg, dels skriftligt i broschyr men även verbalt från leg. psykiater. Jag bekräftar att jag är införstådd med eventuella biverkningar och läkarens möjlighet att avbryta behandlingen i det fall det uppstår komplikationer eller misstänkt komplicerad samsjuklighet. I de fall remitterar läkaren vidare till ordinarie psykiatri eller lämplig somatisk vård för övertag av behandling. Jag är också införstådd med att jag själv har möjlighet att önska remiss till ordinarie psykiatri för kostnadsfri vård när jag vill.

För att genomföra en trygg och säker medicinisättning samt uppföljningar av leg. psykiater och specialistsjuksköterska är vi i behov av underlag från tidigare vårdkontakter, såväl inom er region som privat. Vänligen godkänn nedan att PAX kliniken får ta del av dessa journaler inom ramen för vår behandling.

Jag godkänner ovan såväl gällande tidigare journaler som behandling hos oss:

Ort & datum

Signatur

paxkliniken.se
Hej@paxkliniken.se
0763-228495

Besöksadress: Beijerskajen 8A
Postadress: Nordenskiöldsgatan 11A
211 19 Malmö,
Sverige