



## Remiss

för övertagande av **smittspårning, behandlingsansvar och klinisk anmälan** enligt smittskyddslagen av klamydiapositiv patient

Remitterande inrättning klin/avd/mott

--

Patientens namn, personnummer, adress, postadress, telefonnummer, mobilnummer

--

Remiss till (institution, handläggare, adress)

--

Faxnr .....

Diagnosdatum .....

Labnr .....

Ej symtom

Symtom .....

### Vidtagna åtgärder

Behandling påbörjad  Ja  Nej

Anmälan enligt smittskyddslagen utförd  Ja  Nej

Spontant angivna sexualpartner:

.....  
.....

Remissdatum	Klin/avd	Remitterande läkare/barnmorska (klartext + sign)

### Bekräftelse på övertag av ärende

Härmed bekräftas övertag av ovanstående smittspårningsärende

Mottagande datum	Klinik/Mottagning	Smittspårare (klartext + sign)