

Egenremiss vid känd FH

Personnummer

Namn

Adress

Postnummer Postort

Jag fick diagnosen FH år på (klinik/sjukhus/vårdcentral)

Högsta blodfettsvärden före insatt behandling:

Mitt högsta total kolesterol var mmol/L och högsta LDL-kolesterol mmol/L

Senaste blodfettsvärden på behandling:

Mitt senaste total kolesterol var mmol/L och senaste LDL-kolesterol mmol/L

Min nuvarande blodfettssänkande behandling:

Läkemedel	Dygnsdos
.....
.....
.....

Jag önskar komma i kontakt med er klinik/mottagning för behandling och uppföljning av min FH.

Jag önskar komma i kontakt med er klinik/mottagning för att mina familjemedlemmar skall erbjudas utredning och behandling.

Datum / Ort

Signatur