

Anmälningsdatum:

**Status**

Asylsökande

Anhöriginvandrade

Kvotflyktingar

Övriga:

**Personuppgifter familjemedlemmar**

Härmed anmäls följande personer **inom samma familj** att kallas till hälsoundersökning  
(OBS kontrollera att hälsoundersökning **inte** är utförd tidigare)

Personnummer	Efternamn	Förnamn	Relation i familjen	Kön	Dos-nr

**Övriga uppgifter**

Adress	Telefon
Nationalitet	Språk
Behöver tolk Ja            Nej	Aktuell skola för barn
Övrig information	

**Handläggare**

Namn	Tjänsteställe
Telefon	E-post
Datum	Ort
Underskrift	

**Besöksadress:** Valthornsvägen 3B plan 3  
Gottsunda Centrum, Uppsala  
Telefon: 018-611 89 17  
Reception: 018-612 27 00

**Skicka ifylld blankett till:**  
Region Uppsala  
Migrationshälsan Cosmos  
751 85 Uppsala