

# UTLÅTANDE OM DIAGNOS

Kan ersättas med journalkopia med motsvarande uppgifter

Ärendenummer

(Fylls i av Ung Cancer)

Mottaget datum

Kommentar

(Fylls i av kurator eller annan vårdpersonal)

Namn

Personnummer

Diagnos

Datum för diagnos

Datum för senaste cancerbehandling

Aktuella besvär

Signeras av läkare eller annan vårdgivare

Klinik/adress

Titel

Underskrift

Namnförtydligande

Ort & datum

Telefonnummer

E-mail

**Ung  
Cancer**

NORRA ALLÉGATAN 7  
413 01 GÖTEBORG

031-75 77 111  
STIPENDIUM@UNGCANCER.SE

UNGCANCER.SE