

## Denna blankett berättigar dig till ett avgiftsfritt återbesök inom de kommande fem dagarna

Personnr: .....

Namn: .....

Adress: .....

Tel: .....

Du har vid besöket hos oss idag blivit undersökt för en luftvägsinfektion. Vid detta besök har det gjorts en bedömning att antibiotikabehandling inte är nödvändig för dig.

Om du inte blir bättre bör du kontakta oss igen. Genom denna blankett erbjuds du ett avgiftsfritt återbesök för ny bedömning inom de kommande fem dagarna. Det är en fördel om samma personal kan anlitas vid återbesöket.

*Det hittas allt fler bakterier som visar motståndskraft (resistens) mot penicillin eller andra antibiotika. Sådana bakterier sprider sig lättare och blir svårare att behandla om vi använder mycket antibiotika. Därför är det viktigt att antibiotika inte ges om det inte är helt nödvändigt.*

.....  
Vårdgivare

.....  
Mottagning

.....  
Stämpel eller namnförtydligande

.....  
Ort och datum