

Egen vårdbegäran (egenremiss)

Personnummer 10 siffror /ååmmdd-xxxx		
Efternamn	Förnamn	
Adress, postnummer och postadress		
Telefon	Telefon arbete (inkl. riktnummer)	Telefon mobil
Yrke/Sysselsättning		

1. Ge en kort beskrivning av de besvär som du önskar söka en specialistläkare för.

.....
.....
.....
.....

2. Hur länge har du haft besvären?

.....

3. Har du sökt hos annan läkare för de besvär som du nu söker för hos oss?

Ja Nej

Om ja, ange när, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

.....
.....

4. Har du genomgått undersökningar eller utredningar för de besvär du nu söker för?

.....
.....

Ja Nej

Om ja, ange vilken typ av undersökning eller utredning samt var och när.

.....
.....

Ankomstdatum

Personnummer 10 siffror /ååmmdd-xxxx	
Efternamn	Förnamn

5. Kontrolleras du regelbundet av någon läkare för någon sjukdom?

Ja Nej

Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

.....

6. Är du sjukskriven?

Ja Nej

Om ja, ange sedan när och av vem.

.....

7. Vilka mediciner använder du? Bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

Läkemedelsnamn

Styrka

Dos

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Skickas till: Remissportalen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg