

Egenremiss

Personnummer:		Namn:	
Adress:			
Mobilnr:		Andra tel.nr:	
Följande besvär ska vårdcentralen ta hand om: Klimakteriebesvär, besvär från urinvägar eller urinläckage, besvär med bröstet (ex knöl), klåda, flytningar, blåsor, sår, vårtor, buksmärta utan feber eller blödning, graviditetsbesvär. Förskrivning av lokalt östrogen. Oro för sexuell smitta. Sexuella besvär.			
Beskriv dina besvär: 			
Hur länge har du haft symtom/besvär?			
Aktuella läkemedel:			
Har du varit här tidigare för dina besvär?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du sökt hos annan läkare t ex. på vårdcentralen för samma åkomma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vad fick du för behandling?			
Datum för sista mens:			
Om du behöver du tolk, vilket språk?			
Namnteckning:		Datum:	

Egenremissen skickas till:
Frölunda Specialistsjukhus
Gynekologmottagningen
Box 138
421 22 Västra Frölunda