

## Egenremiss till Gynekologimottagningen, Angereds Närsjukhus

Förnamn

Efternamn

Personnummer (12 siffror)

Adress

Postnummer

Postadress

Hemtelefon

Mobiltelefon

Beskriv kort de gynekologiska besvär du söker för i rutan.

Hur länge har du haft dessa besvär?

Har du sökt på vårdcentral eller annan vårdinrättning på grund av dina besvär?

Ja

Nej

Personnummer (12 siffror)

Vilka mediciner använder du för närvarande?

Använder du något preventivmedel?      Ja      Nej

Om ja, vilken sort?

Vilken vårdcentral tillhör du?

Behov av tolk (kryssa)      Språk:

Har du någon funktionsnedsättning vi bör känna till?

Ja      Nej

Om ja, beskriv din funktionsnedsättning.

Vikt      Längd

Godkänner du att vi får läsa journalanteckningar/röntgensvar från de sjukvårdsenheter du sökt på tidigare?

Ja      Nej

Godkänner du att vi skickar påminnelser via sms? (Kontrollera ditt telefonnummer ovan.)

Ja      Nej

**Datum:**

**Underskrift:**

***Din remiss granskas av specialistläkare. Du kommer att få ett brev där vi antingen ger dig en mottagningstid hos oss eller hänvisar dig till annan vårdgivare.***

***Tack för remissen!***

Remissen skickas till:  
Angereds Närsjukhus  
Gynekologimottagningen  
Box 63  
424 22 Angered