

Egenremiss

Egenremiss är en remiss som du själv skriver till en specialistläkare vid Frölunda Specialistsjukhus. Vi ber dig fylla i denna remiss och sedan skicka den till Neurologmottagningen på Frölunda Specialistsjukhus. Du kommer att få besked per brev efter att en specialistläkare bedömt remissen.

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

.....
(Namnteckning)

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

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

2. Hur länge har du haft besvären?

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

Ja Nej

Om ja, var.....

4. Kontrolleras du regelbundet av läkare för någon annan sjukdom?

Ja Nej

Om ja, ange sjukdom, vårdcentral eller motsvarande

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

5. Vilka mediciner använder du för närvarande? Alternativt bifoga en kopia på din läkemedelslista.

Läkemedelsnamn	Styrka	Dos
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

För bedömning av remissen kan vi behöva beställa journalkopior från annan vårdgivare.
Var god fyll i sidan 3

Om du undrar över något kan du ringa på telefonnummer **031 – 342 50 00**.
Telefontider: Måndag – fredag kl 10:00 – 12:00
Måndag – torsdag kl 13:00 – 15:00

Remissen skickas till:

Frölunda Specialistsjukhus
Neurologmottagningen
Box 138
421 22 Västra Frölunda

För beställning av journalkopior.

Läkarens namn.....

Vårdcentral eller motsvarande.....

Adress.....

.....

Telefonnummer.....

Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående läkare inför läkarbesöket.

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

.....
Personnummer