

Egenremiss Kirurgi

Remissen bedöms av läkare som beslutar om tid skall erbjudas här på mottagningen eller om det är primärvårdens ansvar att utreda och behandla i första hand. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt (baksida/s.2 kan användas). Om vi saknar viktiga uppgifter kommer remissen att skickas i retur.

Namn	Personnummer	Yrke

Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Telefonnummer (dagtid)	Godkänner SMS-påminnelse
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Folkbokföringsadress	Ordinarie vårdcentral

Problem du önskar bedömning av (du får endast ange en åkomma/alternativ per remiss)

<input type="checkbox"/> hudförändring	<input type="checkbox"/> hudknöl	<input type="checkbox"/> ändtarm	<input type="checkbox"/> åderbråck	<input type="checkbox"/> bråck	<input type="checkbox"/> annat, vad?
--	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Äter du blodförtunnande medicin?

Åberopar du vårdgarantin?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Läs mer www.1177.se
---	---

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft dem, har de ökat i omfattning? Specificera.

Om du söker för hudförändring eller hudknöl: har den ändrat storlek, färg, utseende och i så fall, under hur lång tid?

--

Har du andra sjukdomar eller andra särskilda behov?

--

Finns journaler på aktuellt tillstånd/sjukdom från andra sjukvårdsinrättningar?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, får vi beställa dessa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, fyll i nedan.	
<input type="checkbox"/> Journaler	Var:
	När:

Behöver du tolk?

<input type="checkbox"/> Ja, ange språk	<input type="checkbox"/> Nej
---	------------------------------

Denna remiss skrivs ut, signeras och skickas till:

Capio Lundby Specialistsjukhus
Kirurgienheten
Box 8753
402 76 Göteborg

Namnteckning Datum

Läs mer om oss på www.capiolundbynarsjukhus.se

Plats för stämpel, ifylls av Kirurgienheten

--