

Egenremiss Medicinenheten

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 (arbete)	Godkänner SMS-påminnelse
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Folkbokföringsadress	Ordinarie vårdcentral

Använder du några läkemedel?	Åberopar du vårdgarantin? Läs mer www.1177.se
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilka	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft besvär

--

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:
<input type="checkbox"/> Op-berättelse	Var:
	När:

Behöver du tolk?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja ange språk/typ nedan

Plats för stämpel, ifylls av Medicinenheten

Denna remiss skrivs ut, signeras och skickas per post till:

Capió Lundby Specialistsjukhus
Medicinenheten
Box 8753, 402 76 Göteborg

_____/_____
Namnteckning Datum

Läs mer om oss på www.capiolundbynarsjukhus.se