

Egenremiss Öron-Näsa-Halsenheten

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

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:

Åberopar du vårdgarantin?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Läs mer på www.1177.se
--

Behöver du tolk?

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

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

Capio Lundby Specialistsjukhus
Öron-Näsa-Halsenheten
Box 8753, 402 76 Göteborg

_____/_____
Namnteckning Datum

Plats för stämpel, ifylls av Öron-Näsa-Halsenheten