

Egenremiss/Vårdbegäran till Cario Gastro Center Göteborg

Personuppgifter

Personnummer (ååmmdd-xxxx): _____

Efternamn: _____ Förnamn: _____

Adress, postnummer och postort: _____

Telefon bostad (inkl. riktnr): _____ Telefon arbete (inkl. riktnr): _____

Telefon mobil: _____ Yrke/sysselsättning: _____

Längd: _____ cm Vikt: _____ kg

Tolkbehov (exempel är teckenspråkstolk, dövblindtolk, språktolk): Ja Nej

Vid behov av språktolk, ange på vilket språk: _____

Vårdnadshavarens namn och telefon dagtid: _____

(Uppges vid egenremiss för barn/ungdomar under 18 år)

Önskar påminnelse om tid via SMS: Ja Nej

(Ovanstående mobilnummer används. För sökande under 18 år sänds SMS till vårdnadshavaren)

Aktuella besvär och sjukdomshistoria

1. Ge en kortfattad beskrivning av de besvär du önskar söka för:**2. Hur länge har du haft besvären?**

Personnr: _____ Efternamn: _____ Förnamn: _____

3. Har du sökt vård eller fått behandling någon annanstans för de besvär du nu söker för hos oss? Ja Nej

Om ja, ange var och när (vårdcentral/mottagning eller motsvarande) och eventuell vårdgivares namn:

4. Har du genomgått undersökningar eller utredningar för de besvär du nu söker för (ange var och när)? Exempel på undersökningar och utredningar är provtagning, röntgen, EKG, ultraljud. Ja Nej

Om ja, ange typ av undersökning samt var och när:

5. Är du eller har du varit sjukskriven för de aktuella besvären? Ja Nej

Om ja, ange sedan när och av vem:

Tidigare sjukdomar eller besvär

6. Går du på regelbundna kontroller, får behandling för och/eller tar mediciner för någon sjukdom eller besvär? Ja Nej

Om ja, ange för vad du kontrolleras eller behandlas, vid vilken vårdcentral/mottagning eller motsvarande och eventuell vårdgivares namn.

Om du tar mediciner, bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

Läkemedelslista

Läkemedelsnamn: _____ Styrka: _____ Dosering: _____

Läkemedelsnamn: _____ Styrka: _____ Dosering: _____

Läkemedelsnamn: _____ Styrka: _____ Dosering: _____

Läkemedelsnamn: _____ Styrka: _____ Dosering: _____

Läkemedelsnamn: _____ Styrka: _____ Dosering: _____

Personnr: _____ Efternamn: _____ Förnamn: _____

Levnadsvanor

7. Är du rökare? Nej Ja Tidigare rökare
8. Är du snusare? Nej Ja Tidigare snusare
9. Har du något missbruk? Nej Ja

Om ja, av vad: _____

Uppmärksamhetsinformation

10. Har du någon känd allergi? Nej Ja

Om ja, mot vad: _____

11. Har du någon känd blodsmitta? Nej Ja

12. Har du sökt vård utomlands eller vårdats på något annat sjukhus i Sverige de senaste åren? Nej Ja

Om ja, ange var och när: _____

13. Är det konstaterat att du är bärare av någon multiresistent bakterie, t.ex. MRSA? Nej Ja

Inför planering av ditt besök

14. Har du några speciella önskemål eller förväntningar inför ditt besök?

- Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående vårdenhet inför besöket

Ort: _____

Namnteckning: _____

Datum: _____

Namnförtydligande: _____

Personnr: _____ **Efternamn:** _____ **Förnamn:** _____

Vårdgivarens svar

Ort: _____ **Namnteckning (inkl. befattning):** _____**Datum:** _____ **Namnförtydligande:** _____**Klinik/enhet:** _____