



Egenremiss Urologienheten CoreTherm

Remissen bedöms av läkare som beslutar om tid skall erbjudas här på mottagningen för utredning och vidare information. 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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Godkänner sms-påminnelse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Folkbokföringsadress		Ordinarie vårdcentral	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft dem

<input type="text"/>
Är du strålbehandlad i prostata eller bäckenregionen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Har du andra sjukdomar? Andra särskilda behov? Äter du blodförtunnande medicin?

Specificera:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Om ja, vilken?

Står du i kö för behandling sedan tidigare?

Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Var? <input type="text"/>
--

Finns journaler på aktuellt tillstånd/sjukdom från andra sjukvårdsinrättningar?

Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, får vi ta del av dessa? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, fyll i nedan.	
<input type="checkbox"/> Journaler	Var: <input type="text"/> När: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Operationsberättelse	Var: <input type="text"/> När: <input type="text"/>

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

Capiro Specialistcenter Urologi
Postgången 53
171 45 Solna

Plats för stämpel, denna fylls i av vårdenheten:

<input type="text"/>

_____/_____
Underskrift Datum