

Egenremiss Urologienheten

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	
<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

Har du andra sjukdomar? Andra särskilda behov? Specificera:	Äter du blodförtunnande medicin? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?
--	---

Åberopar du vårdgarantin?
 Ja Nej Läs mer på www.1177.se

Finns journaler på aktuellt tillstånd/sjukdom från andra sjukvårdsinrättningar?
 Ja Nej Om ja, får vi beställa dessa? Ja Nej Om ja, fyll i nedan.

<input type="checkbox"/> Journaler	Var: _____
	När: _____
<input type="checkbox"/> Operationsberättelse	Var: _____
	När: _____

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:

_____/_____
 Underskrift Datum