

Egenremiss Njurmedicinska enheten

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.

Om du har **ryggbesvär** ska du i första hand söka på din vårdcentral.

Namn	Personnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Telefonnummer (dagtid)	Godkänner SMS-påminnelse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Folkbokföringsadress	Ordinarie vårdcentral
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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:	

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

Capio Lundby Närsjukhus
Njurmedicinska enheten
Box 8753, 402 76 Göteborg

Plats för stämpel, ifylls av Njurmedicinska enheten

_____/_____
Namnteckning Datum

Datum

Läs mer om oss på www.capiolundbynarsjukhus.se