

## Egenremiss Riksidrottsuniversitetet

Remissen bedöms av vår idrottsmedicinska hälsokoordinator som, kallar dig för ett orienterande/rådgivande samtal samt, i samråd med dig, bokar en tid till specialistläkare inom det aktuella medicinska området. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt. Om vi saknar viktiga uppgifter kommer vi att höra av oss.

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

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

Folkbokföringsadress	Ordinarie Vårdcentral/Idrottsläkare
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Använder du några läkemedel?	Har du någon sjukförsäkring?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilka:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken: <input type="checkbox"/> Folksam Elit <input type="checkbox"/> Folksam Bas <input type="checkbox"/> Folksam Extra <input type="checkbox"/> Annan sjukförsäkring:.....

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft besvär

Finns journaler på aktuell skada/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:
<input type="checkbox"/> Röntgen/Magnetkamera/Ultraljud	Vad: När:

**Om du har journalhandlingar eller egna anteckningar kring dina besvär hemma så ta gärna med dem till ditt första besök.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Namnteckning Datum

Läs mer om oss på [www.capiolundbynarsjukhus.se](http://www.capiolundbynarsjukhus.se)

**Fyll i, skriv ut, signera och skicka till:**  
Capio Lundby Närsjukhus  
Medicinenheten  
Idrottsmedicinsk Hälsokoordinator  
Box 8753, 402 76 Göteborg