

Egen vårdbegäran / Egenremiss

Till mottagning: _____

Personuppgifter

Personnummer10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn
Adress, postnummer och postadress	
Telefon (inkl. riktnummer)	Telefon arbete (inkl.riktnummer)
Tolkbehov (exempel är teckenspråkstolk, dövblindtolk, språktolk). Vid behov av språktolk, ange på vilket språk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja: _____	
Vårdnadshavarens namn och telefon dagtid (uppges vid egenremiss för barn/ungdomar under 18 år)	

Aktuella besvär och sjukdomshistoria

1. Ge en kortfattad beskrivning av de besvär du önskar söka vård för:

2. Hur länge har du haft besvären?

3. Äter du mediciner och i så fall vilka?

4. Är du sjukskriven?

Nej Ja

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

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

Godkännande och samtycke

Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående vårdcentral/motsvarande inför besöket. Nej Ja

Jag ger samtycke till sms-utskick. Nej Ja

Jag ger samtycke till att ta del av min journal som gjorts av andra vårdgivare genom att läsa dessa i NPÖ (nationell patientöversikt). Nej Ja

Underskrift

Namnförtydligande och datum

Om du har några frågor eller funderingar är du välkommen att kontakta oss på telefonnummer 031-777 77 77, tonval 3, välj sedan den mottagning du vill komma i kontakt med. Telefontider ser du på hemsidan under respektive mottagning.

Ifylld blankett skickas till:

**Citysjukhuset +7
Lilla Badhusgatan 2
41121 Göteborg**

IFYLLS AV VÅRDGIVARE EFTER BEDÖMNING AV EGENREMISS

Vi har mottagit din egenremiss. De besvär du beskriver kan du i första hand få hjälp med på din vårdcentral. Var vänlig vänd dig till den vårdcentral där du är listad.

Vi har tagit emot din egenremiss och du är uppsatt på väntelista. Du kommer att få en kallelse via brev eller sms.

Du har bokats in för besök till oss den:

Annat:
