

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Giltig från: 2024-07-25

Innehållsansvar: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Giltig till: 2026-07-25

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Egenremiss/Vårdbegäran till

Klinik/mottagning

Personuppgifter

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)		
-		
Efternamn		Förnamn
Adress, postnummer och postadress		
Telefon bostad (inkl riktnummer)	Telefon arbete (inkl riktnummer)	Telefon mobil
Yrke/sysselsättning		
Längd	Vikt	
..... cm kg	
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)		
Önskar påminnelse om tid via SMS		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Ovanstående mobilnummer används. För sökande under 18 år sänds SMS till vårdnadshavaren)		

Aktuella besvär och sjukdomshistoria

1. Ge en kortfattad beskrivning av de besvär du önskar söka för på SÄS

.....

.....

.....

.....

.....

2. Hur länge har du haft besvären?

.....

3. 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

.....

.....

.....

4. Har du genomgått undersökningar eller utredningar för de besvär du nu söker för (ange var och när)?

Exempel på undersökningar och utredningar är provtagning, röntgen, EKG, ultraljud

Nej Ja, ange typ av undersökning samt var och när?

.....
.....
.....
.....

5. Är du eller har du varit sjukskriven för de aktuella besvären?

Nej Ja, ange sedan när och av vem

.....

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
-	
Efternamn	Förnamn

Tidigare sjukdomar eller besvär

6. Går du på regelbundna kontroller, får behandling för och/eller tar mediciner för någon sjukdom eller besvär?

Nej Ja, ange för vad du kontrolleras eller behandlas, vid vilken vårdcentral/mottagning eller motsvarande och eventuell vårdgivares namn. Om du tar mediciner, bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

.....

.....

.....

Läkemedelsnamn

Styrka

Dosering

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Levnadsvanor

7. Är du rökare Nej Ja Tidigare rökare

8. Är du snusare Nej Ja Tidigare snusare

9. Har du något missbruk Nej Ja Om ja, av vad

.....

.....

Uppmärksamhetsinformation

10. Har du någon känd allergi?

Nej Ja, ange mot vad

11. Har du någon känd blodsmitta?

Nej Ja

12. Har du sökt vård utomlands eller vårdats på något annat sjukhus i Sverige de senaste åren. Om du svarar ja, ange var och när

Nej Ja,

13. Är det konstaterat att du är bärare av någon multiresistent bakterie, t.ex. MRSA?

Nej Ja

Inför planering av ditt besök

14. Har du några speciella önskemål eller förväntningar inför ditt besök på SÄS?

.....
.....

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

Jag accepterar besök hos specialist på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos annan vårdgivare eller annat landsting enligt vårdgarantin, läs mer om [vårdgarantin](#).

Jag accepterar **inte** besök hos specialist på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos annan vårdgivare eller annat landsting. Jag väljer att stå kvar på väntelista vid sökt mottagning.

.....
(Ort och datum)

.....
(Namnteckning)

.....
(Namnförtydligande)

Information om handlingen

Handlingstyp: Blankettmall

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-396

Version: 9.0

Giltig från: 2024-07-25

Giltig till: 2026-07-25