

Egen vårdbegäran (Egenremiss)

Till verksamhet/mottagning:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Personuppgifter

Personnummer 10 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

Nej Ja: _____

Vårdnadshavarens namn och telefon dagtid
(uppges vid egenremiss för barn/ungdomar under 18 år)

Längd: _____ Vikt: _____

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. 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:

6. Pågående strålbehandling? Nej Ja

7. Blir du behandlad med cytostatika? Nej Ja

8. När gjordes din bröstoperation? _____

9. Datum senaste mammografin _____

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, ange 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?

Nej Ja, ange var och när: _____

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

Nej Ja



Godkännande och samtycke

- 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 på 1177.se.
- 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

Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

Namn-teckning

Namnförtydligande

Ifylld blankett skickas till:

**Remissportalen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg**