

## 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:

---



---

## 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](http://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)

---

Namnsteckning

Namnförtydligande

**Ifylld blankett skickas till:**

**Remissportalen  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
413 45 Göteborg**