

Egen vårdbegäran (egenremiss)

Till Verksamhet Hud- och könssjukvård Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Remissen bedöms av en av våra hudspecialister. Om specialistvård inte bedöms nödvändig kommer du att rekommenderas att vända dig till din vårdcentral. Detta gäller bland annat vid följande:

Fotsvamp, kosmetiska förändringar, hand-/fotvårtor, håravfall, lindrig klåda/torr hud, lättare akne/eksem, mjälleksem/mjällvårtor, mollusker.

För att kunna göra en så säker bedömning av remissen som möjligt ber vi dig att om möjligt skicka med färgfoto på de hudförändringar du söker för. Det går bra att ta foto med mobilen och skriva ut i färg på vanligt papper.

Vid födelsemärken/"prickar" är rekommendationen att i första hand vända sig till primärvården. Där kan man vid behov ta förstörade närbilder med hjälp av ett särskilt instrument och skicka till oss för bedömning. På så sätt kan en bättre och säkrare bedömning och prioritering göras.

Personuppgifter

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)			
Efternamn		Förnamn	
Adress, postnummer och postadress			
Telefon (dagtid)		Telefon mobil	
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. Vad söker du för? Skriv utförligt ner dina besvär (och bifoga gärna foto enligt ovan instruktion) samt hur länge du haft dem.

2. Har du tidigare varit i kontakt med sjukvården för de aktuella besvären? Om ja, var och när?
Vilken behandling gavs? Vad var effekten av denna?

3. Om du tidigare sökt vård för de här besvären, samtycker du då till att vi tar del av din journal?

Ja Nej

4. Har du några andra sjukdomar? Om ja, ange sjukdom, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande.

Ja Nej

5. Vilka mediciner använder du för närvarande? Bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

Godkännande och samtycke

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](#).

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

Namn-förtydligande

Vårdgivarens anteckning, lämna rutan tom

Ifylld blankett skickas till:

**Remissportalen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg**