

Egenremiss / vårdbegäran till Centrum för avancerad rekonstruktion av extremiteter (CARE)

- Egenremisser bedöms på samma sätt som remisser från övriga vårdgivare. Därför är det viktigt att försöka inkludera så mycket relevant information som möjligt för att du ska få träffa rätt läkare i våra team.
- Ytterst är det den mottagande verksamheten som avgör vilken vård och på vilken vårdnivå den ska ges. Det kan innebära att du som vårdsökande hänvisas till primärvården eller till egenvård. På 1177.se kan du läsa mer om vad gäller när du söker vård i Västra Götalandsregion.
- Vill du skicka in din egenremiss elektroniskt kan detta göras via 1177 e-tjänster.

Personnummer	
För- och efternamn	
Gatuadress	
Postnummer	Ort
Telefonnummer	

Behöver du tolk? Ja Nej

Om ja, ange vilket språk eller typ av tolk:

Vilka besvär söker du vård för? Förklara dina besvär på ett kortfattat sätt. Berätta om vilka symtom du har såsom smärta, stelhet eller deformiteter i kroppen samt var problemen sitter. Ange hur länge du har haft dessa besvär och om det har inträffat några tidigare skador som kan ha orsakat dina besvär, samt eventuell skadenivå.

Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om ja, ange var och när:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon annan sjukdom, till exempel reumatism eller diabetes? Om ja, ange vilken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon allergi eller överkänslighet? Om ja, ange mot vad:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tar du läkemedel regelbundet? Om ja, ange vilka:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du rökare? Om ja, ange hur många cigaretter per dag:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Ibland behöver vi rekvirera journalkopior från andra vårdgivare. För att detta ska ske behöver vi ditt tillstånd. Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
--	-----------------------------	------------------------------

Har någon annan hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes namn och kontaktuppgifter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Datum:

Underskrift:

Egenremissen skickas till: Remissportalen Sahlgrenska Universitetssjukhuset 413 45 Göteborg
--

Postadress:Verksamhet Handkirurgi
Centrum för avancerad rekonstruktion av extremiteter
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
431 80 Mölndal**Telefon:**

031-342 10 00

Webbplats:

sahlgrenska.se