

Egen vårdbegäran (egenremiss) Medicinmottagningen, Sahlgrenska

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn		Förnamn
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon bostad (inkl riktnummer)	Telefon arbete (inkl riktnummer)	Telefon mobil

1. Ge en kort beskrivning av de besvär du önskar söka en specialistläkare för.
Hur yttrar de sig? Hur länge har du haft dem?
Söker du vård för fetmabehandling ange längd och vikt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Har du några andra sjukdomar?

.....

.....

.....

3. Vilka mediciner använder du för närvarande? Har du någon pågående behandling?

.....

.....

.....

4. Har du behandlats för de aktuella besvären vid någon annan sjukvårdsinrättning? Om så är fallet ange vilken/vilka.

.....

.....

.....

Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående sjukvårdsinrättning.

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

Skicka remissen till:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Remissportalen
413 45 Göteborg