

Medicin, Geriatrik och Akutmottagning Östra
ACHD-centrum

Kateteriseringsunderlag

Inremitterande

Datum: _____ Sjukhus: _____

Remitterande läkare: _____ Tel.nr: _____

Betalningsförbindelse/datum: _____

Patient

Personnummer: _____

Namn: _____

Mobiltelefon: _____

Tolkbehov: Nej Ja, språk: _____

Patienten samtycker till att följande uppgifter lämnas till ACHD-centrum, Göteborg: Ja

Observera: Inför hjärkateterisering ska patienten ha genomgått en odontologisk infektionsutredning.

Patient utanför VG-regionen; remittenten skall skriva remiss till tandläkaren enligt Reglerna för S-tandvård. Svar från tandläkare till ACHD-centrum.

Tandläkarremiss skriven: Ja. Datum: _____

Personnummer: _____

Har patienten någon gång de senaste 12 månaderna arbetat eller vårdats på sjukhus, behandlats polikliniskt eller varit hos tandläkare utomlands? Nej Ja

Om **Ja**: patienten ska kontrollodlas enligt gällande regler av inremitterande klinik.

MRB (multiresistenta bakterier): Neg/MRB: _____ Datum: ____

Pos/MRB: _____ Datum: ____

Skickas till: ACHD-koordinator vid ACHD-centrum
Östra sjukhuset
Diagnosvägen 11
416 85 Göteborg