

Egen vårdbegäran (egenremiss)

.....

Personnummer 10 siffror /ååmmdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Adress, postnummer och postadress		
Telefon (inkl riktnummer)	Telefon arbete (inkl riktnummer)	Telefon mobil
Yrke/sysselsättning		

1. Ge en kort beskrivning av de besvär som du önskar söka en specialistläkare för.

.....

2. Hur länge har du haft besvären?

.....

3. Har du sökt hos annan läkare för de besvär som du nu söker för hos oss?

Ja Nej

Om ja, ange när, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

.....

4. Har du genomgått undersökningar eller utredningar för de besvär du nu söker för?

Ja Nej

Om ja, ange vilken typ av undersökning eller utredning samt var och när.

.....

Personnummer 10 siffror /ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn

5. Kontrolleras du regelbundet av någon läkare för någon sjukdom?

Ja Nej

Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

.....

6. Är du sjukskriven?

Ja Nej

Om ja, ange sedan när och av vem.

.....

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

Läkemedelsnamn	Styrka	Dos
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående läkare inför läkarbesöket.
- Jag accepterar besök hos specialistläkare på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos privat vårdgivare eller annat landsting enligt vårdgarantin.
- Jag accepterar **inte** besök hos specialistläkare på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos privat vårdgivare eller annat landsting. Jag väljer att stå kvar på planeringslista vid sökt mottagning.

Ort och datum	
Namn-teckning	Namn-förtydligande

