

## Egenremiss till Medicinkliniken, Kungälv sjukhus

Namn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnummer/adress \_\_\_\_\_

Hemtelefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

### Vad vill du ha hjälp med?

---

---

---

---

---

### När började besvären?

---

---

---

---

---

POSTADRESS  
Medicinkliniken  
Kungälv sjukhus  
442 83 Kungälv

TELEFON VX  
0303-980 00

FAX  
0303-985 30

Är du utredd för detta förut? Om ja, var?

---

---

---

---

---

Aktuella mediciner/aktuell behandling:

---

---

---

---

---

Om du är utredd för detta förut får vi tillstånd att sända efter journalkopior?

Ja     Nej    Om ja, på vilket sjukhus/vårdcentral finns journalkopiorna?

---

Jag accepterar villkoren för vårdgarantin:     Ja     Nej

Vårdgarantin innebär att du ska få kontakt med vården och få vård inom en viss tid. Tiden beror på ditt vårdbehov. Det är alltid den medicinska bedömningen som avgör om och när du får vård. Läs mer om vårdgarantin på [1177.se/vgregion/vardgaranti](http://1177.se/vgregion/vardgaranti).

Vårdgarantin gäller inte om du uteblir från tidsbokat besök, gäller ej vissa undersökningar och behandlingar. Den gäller inte heller för behandlingsmetoder som inte erbjuds inom Västra Götalandsregionen eller om du vid två tillfällen tackar nej till erbjuden tid utan synnerliga skäl.

Datum	Namnteckning
-------	--------------

POSTADRESS  
Medicinkliniken  
Kungälv sjukhus  
442 83 Kungälv

TELEFON VX  
0303-980 00

FAX  
0303-985 30