

Ankomstdatum:

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	
Postnummer och postadress	
Telefonnummer	
<input type="checkbox"/> Behov av tolk? Vid behov, vilket språk?	
Lämna en beskrivning av de besvär du vill ha hjälp med:	
Har du sökt för besvären ovan?	
Var?	När?
Vilka mediciner använder du? Alternativt bifoga kopia på din läkemedelslista.	
Får vi ta del av dina journalhandlingar hos annan vårdgivare (husläkare/annat sjukhus)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Din remiss granskas av specialistläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig. Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök, alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

Egenremissen skickas till:

Medicinmottagningen
Blekingesjukhuset
371 85 KarlskronaMedicinmottagningen
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn

Datum

Underskrift

