

Egenremiss till Medicinkliniken Karlshamn/Karlskrona

Om Du ber om remiss hos din ordinarie husläkare/vårdcentral är det lättare för oss att bedöma Dina aktuella besvär och sannolikt kommer den totala väntetiden inför besöket att bli kortare.

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Aktuella problem: Beskriv dina symtom/besvär.

Hur länge har du haft besvären?

Har du sökt annan läkare? Var? Namn på läkare?

Andra sjukdomsbesvär?

Har du någon allergi?	Ja	Nej
Har du nattlig värk?	Ja	Nej
Har du haft hjärtinfarkt?	Ja	Nej
Har du kärlkramp?	Ja	Nej
Har du någon annan hjärtsjukdom/kärlsjukdom?	Ja	Nej
Har du behandlats eller behandlas du för högt blodtryck?	Ja	Nej
Har du eller har haft någon lungsjukdom?	Ja	Nej
Röker du?	Ja	Nej
Har du diabetes (sockersjuka)?	Ja	Nej
Har du någon annan hormonell sjukdom?	Ja	Nej
Har du haft blodpropp?	Ja	Nej
Har du eller har du haft någon sjukdom i nervsystemet?	Ja	Nej
Har du eller har du haft någon reumatologisk sjukdom?	Ja	Nej
Har du eller har du haft någon njursjukdom?	Ja	Nej
Har du eller har du haft någon blodsjukdom?	Ja	Nej
Blöder du lättare än andra?	Ja	Nej
Har du eller har haft någon annan sjukdom av betydelse?	Ja	Nej

Om Ja, ange vilken

Har du nattliga svettningar?	Ja	Nej
Har du minskad aptit?	Ja	Nej
Viktnedgång?	Ja	Nej

Vid svar Ja på någon av frågorna var vänlig och svara under övrigt på sista sidan!

Skriv ner dina mediciner

Vad heter läkaren som behandlar dig utanför Medicinkliniken? (Primärvårdsläkare)

Får vi ta del av dina journalhandlingar hos annan vårdgivare (husläkare/ annat sjukhus)?

Ja

Nej

Övrigt

Remissen skickas till:

Medicinmottagningen
Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona

Medicinmottagningen
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn