

Ankomstdatum:

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	
Postnummer och postadress	
Telefonnummer	Mobilnummer
<input type="checkbox"/> Behov av tolk (kryssa)	Språk
Lämna en beskrivning av de besvär du vill ha hjälp med:	
Har du någon annan sjukdom eller allergi av betydelse?	
Nej	Ja, beskriv
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du sökt för besvären ovan?	
Var?	När?
Vilka mediciner använder du? Alternativt bifoga kopia på din läkemedelslista.	
Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare?	<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:
Barn- och ungdomskliniken
Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona

Datum

Underskrift