



LANDSTINGET BLEKINGE

Egenremiss för öron, näsa och hals

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 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:  
Öron-näs-halsmottagningen  
Blekingesjukhuset  
374 80 Karlshamn

Datum.....Underskrift.....