

**Mottagare**

Specialistmottagning där du söker vård

**Patient**

För- och efternamn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
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 tidigare?		Om ja, när?
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, var?
Har du blivit röntgad för besvären ovan?		Om ja, när?
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, var?
Vilka mediciner använder du? Alternativt bifoga kopia på din läkemedelslista		
Jag godkänner att ni tar del av min journal och röntgenbilder där jag sökt vård tidigare		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	

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

**Skicka egenremissen till den specialistmottagning som du vill ska ta hand om dina besvär. Är du osäker bör du först kontakta din vårdcentral för att få remiss därifrån.**

**Underskrift**

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande