Region Kalmar län

Egenremiss till specialistmottagning

Namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Postnummer och postadress _____

Telefon _____ E-post _____

1. Beskriv kortfattat de besvär som är anledningen till att du söker specialistvård.

_____

_____

_____

2. Hur länge har du haft dessa besvär? _____

3. Är du sjukskriven för dessa besvär? Ja Nej

Om ja, ange sedan när _____

4. Har du sökt vård hos någon annan för dessa besvär? Ja Nej

Om ja, ange var och när _____

Vilken utredning/behandling har du fått? _____

_____

5. Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? Ja Nej

Om ja, ange på vilken klinik/sjukhus _____

_____

6. Använder du några mediciner för närvarande?

Om ja, vilka? _____

_____

7. Röker du? Ja Nej

Om ja, ange vad och hur mycket _____

_____

Jag accepterar att journaler får beställas från de vårdenheter jag har angivit inför besöket som denna egenremiss gäller.

Datum _____

_____

Underskrift

_____

Namnförtydligande