

.....  
**Egenremiss/Vårdbegäran till**

Klinik/mottagning .....

**Personuppgifter**

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Adress, postnummer och postadress		
Telefon bostad (inkl riktnummer)	Telefon arbete (inkl riktnummer)	Telefon mobil
Yrke/sysselsättning		
Längd .....cm	Vikt .....kg	
Tolkbehov (exempel är teckenspråkstolk, dövblindtolk, språktolk). Vid behov av språktolk, ange på vilket språk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vårdnadshavarens namn och telefon dagtid (uppges vid egenremiss för barn/ungdomar under 18 år)		
Önskar påminnelse om tid via SMS <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Ovanstående mobilnummer används. För sökande under 18 år sänds SMS till vårdnadshavaren)		

**Aktuella besvär och sjukdomshistoria**

1. Ge en kortfattad beskrivning av de besvär du önskar söka för

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Hur länge har du haft besvären?

.....

3. Har du sökt vård eller fått behandling någon annanstans för de besvär du nu söker för hos oss?

Nej  Ja, ange var och när (vårdcentral/mottagning eller motsvarande) och eventuell vårdgivares namn

.....  
.....  
.....

4. Har du genomgått undersökningar eller utredningar för de besvär du nu söker för (ange var och när)?  
Exempel på undersökningar och utredningar är provtagning, röntgen, EKG, ultraljud

Nej  Ja, ange typ av undersökning samt var och när? .....

.....  
.....  
.....  
.....

5. Är du eller har du varit sjukskriven för de aktuella besvären?

Nej  Ja, ange sedan när och av vem

.....  
.....

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn

Tidigare sjukdomar eller besvär

6. Går du på regelbundna kontroller, får behandling för och/eller tar mediciner för någon sjukdom eller besvär?

Nej  Ja, ange för vad du kontrolleras eller behandlas, vid vilken vårdcentral/mottagning eller motsvarande och eventuell vårdgivares namn. Om du tar mediciner, bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

.....  
.....  
.....

Läkemedelsnamn

Styrka

Dosering

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Levnadsvanor**

7. Är du rökare  Nej  Ja  Tidigare rökare

8. Är du snusare  Nej  Ja  Tidigare snusare

9. Har du något missbruk  Nej  Ja  Om ja, av vad .....

.....

**Uppmärksamhetsinformation**

10. Har du någon känd allergi?

Nej  Ja, ange mot vad .....

11. Har du någon känd blodsmitta?

Nej  Ja

12. Har du sökt vård utomlands eller vårdats på något annat sjukhus i Sverige de senaste åren. Om du svarar ja, ange var och när

Nej  Ja, .....

13. Är det konstaterat att du är bärare av någon multiresistent bakterie, t.ex. MRSA?

Nej  Ja

**Inför planering av ditt besök**

14. Har du några speciella önskemål eller förväntningar inför ditt besök?

.....  
.....

Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående vårdcentral/motsvarande inför besöket.

.....  
(Ort och datum)

.....  
(Namnteckning)

.....  
(Namnförtydligande)

.....

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn

## Vårdgivarens svar

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(Ort och datum)

.....  
(Namnteckning inkl befattning)

.....  
(Namnförtydligande)

.....  
(Klinik/Enhet)