

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Sara Degerman Carlsson, (sarde), Chefläkare

Godkänd av: Sara Degerman Carlsson, (sarde), Chefläkare

Giltig från: 2022-10-03

Giltig till: 2024-09-29

## 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<br><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<br><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 på SÄS

.....

.....

.....

.....

.....

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 på SÄS?

.....  
.....

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

☐ Jag accepterar besök hos specialist på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos annan vårdgivare eller annat landsting enligt vårdgarantin, läs mer om [vårdgarantin](#).

☐ Jag accepterar **inte** besök hos specialist på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos annan vårdgivare eller annat landsting. Jag väljer att stå kvar på väntelista vid sökt mottagning.

.....  
(Ort och datum)

.....  
(Namnteckning)

.....  
(Namnförtydligande)

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx) |         |
| -                                     |         |
| Efternamn                             | Förnamn |

Vårdgivarens svar

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Ort och datum)

.....  
(Namnteckning inkl befattning)

.....  
(Namnförtydligande)

.....  
(Klinik/Enhet)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Blankett, övrig

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Sara Degerman Carlsson, (sarde), Chefläkare

  

**Godkänd av:** Sara Degerman Carlsson, (sarde), Chefläkare

**Dokument-ID:** SAS9642-738863596-396

**Version:** 8.0

  

**Giltig från:** 2022-10-03

**Giltig till:** 2024-09-29