

Egenremiss till Barn- och Ungdomsverksamheterna, Angereds Närsjukhus

Jag önskar få en tid på:

Specialistcentrum Barn och Unga Angered

Specialistcentrum Barn och Unga Gamlestaden

Vet ej

Förnamn

Efternamn

Personnummer

(12 siffror)

Adress

Postnummer

Postadress

Hemtelefon

Mobiltelefon

Behov av

Ja

Vilket språk?

tolk? (kryssa)

Vid vilken vårdcentral/läkarmottagning är du patient?

Vad heter din läkare?

Vilken BVC/skola?

Vad vill patienten ha hjälp med?

Personnummer (12 siffror)

Har patienten sökt vård för detta tidigare? Pågår behandling, i så fall var?

Vilka mediciner använder patienten?

Godkänner du att vi får skicka efter journalanteckningar från de sjukvårdsenheter du sökt på tidigare och att vi får barn- och ungdom får läsa BVC- och skoljournal samt tillväxtkurvor?

Ja Nej

Godkänner du att vi skickar påminnelser via sms? (Kontrollera ditt telefonnummer på sid 1.)

Ja Nej

Datum: **Underskrift:**

Remissen skickas till:
Angereds Närsjukhus
Box 63
424 22 Angered