

Egenremiss till audionom, Öron- näs- halsmottagning, Angereds Närsjukhus

Förnamn

Efternamn

Personnummer (12 siffror)

Adress

Postnummer

Postadress

Hemtelefon

Mobiltelefon

Beskriv dina hörselbesvär.

Hur länge har du haft dessa besvär?

Har du sökt vård för detta tidigare?

Nej

Ja

Om ja, var?

Personnummer (12 siffror)

Vilka mediciner använder du för närvarande?

Vilken vårdcentral tillhör du?

Behov av tolk (kryssa) Nej Ja Språk:

Har du någon funktionsnedsättning vi bör känna till? Ja Nej
Om ja, beskriv i fältet nedan funktionsnedsättningen.

Godkänner du att vi får läsa journalanteckningar/röntgensvar från de sjukvårdsenheter du sökt på tidigare?

Ja Nej

Godkänner du att vi skickar påminnelser via sms? (kontrollera ditt telefonnummer ovan.)

Ja Nej

Vid egenremiss för barn/ungdom under 18 år uppge vårdnadshavarens namn och telefonnummer dagtid.

Datum: _____

Underskrift: _____
(Vårdnadshavarens underskrift vid sökande under 18 år)

Din remiss granskas av legitimerad audionom. Du kommer att få ett brev där vi antingen ger dig en mottagningstid hos oss eller hänvisar dig till annan vårdgivare.

Remissen skickas till:
Angereds Närsjukhus
Öron- näs- och halsmottagning
Box 63
424 22 Angered