

# Egenremiss

|                                       |                                  |               |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------|
| Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx) |                                  |               |
| Efternamn                             |                                  | Förnamn       |
| Adress, postnummer och postadress     |                                  |               |
| Telefon bostad (inkl riktnummer)      | Telefon arbete (inkl riktnummer) | Telefon mobil |
| Syssetsättning/Yrke                   |                                  |               |

1. Ange vilken kroppsdel som du har besvär från: .....

Vilken sida?    Höger    Vänster

Om du drabbats av en skada, ange datum för skadetillfället: .....

Ge en kort beskrivning av dina besvär?

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

2. Hur länge har du haft dina besvär? .....

3. Är du sjukskriven för de besvär du beskriver?

Ja    Nej

Om ja, ange sedan när och av vem.....

.....

4. Kontrolleras du regelbundet av läkare för någon sjukdom?

Ja    Nej

Om ja, vilken sjukdom, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer

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

..... VÄND!

5. Har du sökt hos annan läkare för de besvär du nu söker för hos oss?

Ja       Nej

Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

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

6. Vilka mediciner använder du för närvarande?

| Läkemedelsnamn | Styrka | Dos |
|----------------|--------|-----|
|----------------|--------|-----|

.....  
.....

7. Har du röntgat den kroppsdel för vilken du söker vård?

Ja       Nej

Om ja, ange när och vid vilket sjukhus röntgenundersökningen utfördes.

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

Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående läkare inför läkarbesöket.

Accepterar du att vi skickar kopia av ditt besök till den vårdcentral/läkarmottagning du är listad på?

Ja    Nej

Skriv vilken vårdcentral/läkarmottagning du tillhör:.....

(Ort och datum)

.....  
(Namnteckning)

.....  
(Namnförtydligande)

Remissen skickas till:

Frölunda Specialistsjukhus  
Ortopedmottagningen  
Box 138  
421 22 Västra Frölunda