VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

Egenremiss för vård på Skaraborgs Sjukhus

Ankomstdatum:

Förnamn:	Efternamn:
Personnummer:	
Adress:	
Postnummer och postadress:	
Telefonnummer:	Mobilnummer:
☐ Behov av tolk (kryssa)	Språk:
Vilken mottagning vill du skicka remissen till?	

Lämna en beskrivning av de besvär du vill ha hjälp med:

.....

.....

.....

.....

.....

Har du tidigare sökt för besvären ovan?

Var? ..... När? .....

Vilka mediciner använder du? Alternativt bifoga kopia på din läkemedelslista.

.....

Jag godkänner att journalkopior eller röntgenbilder beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare. ◯ Ja ◯ Nej

Din remiss granskas av specialistläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig.
Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

Egenremissen skickas till:
namnet på den mottagning du söker vid
Skaraborgs Sjukhus Skövde
541 85 Skövde

Du som vill söka vård på mottagning vid annat sjukhus än vid Skaraborgs Sjukhus måste själv skicka blanketten till rätt mottagning/sjukhus. Mer information om kontaktuppgifter finns på www.vgregion.se

Datum: ..... Underskrift: .....