VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
ALINGSÅS LASARETT

Egenremiss för vård på Alingsås lasarett - hjärtmottagning

Ankomstdatum:

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	
Postnummer och postadress	
Telefonnummer	Mobilnummer
☐ Behov av tolk (kryssa)	Språk

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

……..

……..

……..

……..

……..

……..

Har du 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:
Hjärtmottagningen
Alingsås lasarett
441 83 Alingsås

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

Datum……. Underskrift……