SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET VGR

Egen vårdbegäran (Egenremiss)

Till verksamhet/mottagning: _____

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Personuppgifter

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx):

_____

Efternamn Förnamn

_____

Adress, postnummer och postadress

_____

Telefon (inkl riktnummer) Telefon arbete (inkl riktnummer)

_____

Tolkbehov (exempel är teckenspråkstolk, dövblindtolk, språktolk).
Vid behov av språktolk, ange på vilket språk

☐ Nej ☐ Ja: _____

Vårdnadshavarens namn och telefon dagtid
(uppges vid egenremiss för barn/ungdomar under 18 år)

_____

Längd: _____ Vikt: _____

Aktuella besvär och sjukdomshistoria

1. Ge en kortfattad beskrivning av de besvär du önskar söka vård för:

_____
_____
_____
_____
_____

2. Hur länge har du haft besvären?

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET VGR

_____

3. Har du sökt vård eller fått behandling någon annanstans för de besvär du nu söker för hos oss?

☐ Nej ☐ Ja, ange var och när (vårdcentral/mottagning eller motsvarande) och eventuell vårdgivares namn:

_____

_____

_____

4. Har du genomgått undersökningar eller utredningar för de besvär du nu söker för (ange var och när)? Exempel på undersökningar och utredningar är provtagning, röntgen, EKG, ultraljud

☐ Nej ☐ Ja, ange typ av undersökning samt var och när:

_____

_____

_____

_____

5. Är du eller har du varit sjukskriven för de aktuella besvären?

☐ Nej ☐ Ja, ange sedan när och av vem:

_____

_____

6. Pågående strålbehandling? ☐ Nej ☐ Ja

7. Blir du behandlad med cytostatika? ☐ Nej ☐ Ja

8. När gjordes din bröstoperation? _____

9. Datum senaste mammografin _____

Tidigare sjukdomar eller besvär

6. Går du på regelbundna kontroller, får behandling för och/eller tar mediciner för någon sjukdom eller besvär?

☐ Nej ☐ Ja, ange för vad du kontrolleras eller behandlas, vid vilken vårdcentral/mottagning eller motsvarande och eventuell vårdgivares namn. Om du tar mediciner, bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

_____

_____

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET VGR

Läkemedelsnamn	Styrka	Dosering
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Levnadsvanor

7. Är du rökare? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Tidigare rökare

8. Är du snusare? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Tidigare snusare

9. Har du något missbruk? ☐ Nej Ja, ange av vad:

_____

_____

Uppmärksamhetsinformation

10. Har du någon känd allergi?

☐ Nej ☐ Ja, ange mot vad: _____

11. Har du någon känd blodsmitta?

☐ Nej ☐ Ja

12. Har du sökt vård utomlands eller vårdats på något annat sjukhus i Sverige de senaste åren?

☐ Nej ☐ Ja, ange var och när: _____

13. Är det konstaterat att du är bärare av någon multiresistent bakterie, t.ex. MRSA?

☐ Nej ☐ Ja

SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET VGR

Godkännande och samtycke

☐ Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående vårdcentral/motsvarande inför besöket.

☐ Jag accepterar besök hos specialist på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos annan vårdgivare eller annat landsting enligt vårdgarantin. Läs mer om vårdgarantin på 1177.se.

☐ Jag accepterar **inte** besök hos specialist på annat sjukhus inom Västra Götalandsregionen, hos annan vårdgivare eller annat landsting. Jag väljer att stå kvar på väntelista vid sökt mottagning.

_____

Ort Datum (ÅÅÅÅ-MM-DD)

_____

Namnteckning

Namnförtydligande

Ifylld blankett skickas till:

Remissportalen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg