

Egen vårdbegäran (Egenremiss)

Till verksamhet/mottagning:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

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)	

Aktuella besvär och sjukdomshistoria

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

2. Hur länge har du haft besvären?

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:

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.

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

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](https://www.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)

Namnsteckning

Namnförtydligande

Ifylld blankett skickas till:

Remissportalen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg