

## Egenremiss

Remissen bedöms av läkare som beslutar om tid skall erbjudas till läkare eller om det är primärvårdens ansvar att utreda och behandla i första hand. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt. Om vi saknar information kommer remissen att skickas i retur.

Sätt en ring runt önskad mottagning

**Barn och Ungdomsmottagning**

**Gynmottagning**

**Hjärtmottagning**

**Logopedmottagning**

**Öron Näsa Halsmottagning**

**Ögonmottagning**

Namn

Personnummer

	-
--	---

Telefonnummer

Mobilnummer

Godkänner SMS-påminnelse

--	--	--

Adress

--	--

Beskriv dina besvär och hur länge du haft besvären (du kan även skriva på baksidan)

Har du sökt tidigare för samma besvär      Ja                      Nej

Var har du sökt \_\_\_\_\_

Om ja får vi beställa journal därifrån om läkaren så bedömer?      Ja                      Nej

Denna remiss skrivs ut, signeras och skicka per post till önskat sjukhus.

Namn-teckning

Datum

--	--