

Personnr (10 siffror ååmmdd-xxxx)	Telefon
Efternamn	Förnamn
Gatuadress	Postnr & postadress
Orsak till egenremiss (Text second opinion, specialistbedömning, utredning, behandling)	

1. Ge en kort beskrivning av de besvär du önskar söka en specialistläkare för. Hur yttrar de sig? Hur länge har du haft dem?

.....

.....

2. Har du några andra sjukdomar? Och i så fall - vilka?

.....

.....

3. Vilka mediciner använder du för närvarande? Har du någon pågående behandling?

.....

.....

4. Har du behandlats för de aktuella besvären vid någon annan sjukvårdsinrättning? Om så är fallet ange vilken eller vilka.

.....

.....

- ☐ Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående sjukvårdsinrättning.
- ☐ Jag ger mitt medgivande till NPÖ (Nationell PatientÖversikt).
- ☐ Jag samtycker till utskick via SMS.

.....

.....

Ort & Datum

Underskrift

(Skicka remissen till: Kirurg- och Ortopedkliniken, Carlanderska Sjukhuset, 405 45 GÖTEBORG)