

## Egenremiss

### Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

Vilken mottagning på Ersta sjukhus vill du skicka remissen till?

Beskriv dina besvär, och hur länge du har haft dem

Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Ja  Nej

Om ja, beskriv när och var du har sökt vård

Har du någon allergi? Ja  Nej  Om ja vad för allergi?

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?

Tar du medicin regelbundet? Vilka? Alternativt bifoga kopia på läkemedelslista

Är du sjukskriven? Ja  Nej

Är du i behov av tolk? Ja  Nej  Om ja, vilken/vilket språk?

Godkänner du att vi läser din journal hos andra vårdgivare, i de fall det finns anteckningar eller röntgenbilder som kan ha betydelse för aktuell sjukdom/skada?

Ja  Nej

Finns det någon annan information vi behöver känna till?

Datum och namnteckning

**Egenremissen skickas till:**

Namnet på den mottagning du söker vård till

Ersta sjukhus

Box 4619

116 91 Stockholm