

City Urologen

Egenremiss

Remissen kommer att bedömas av urologen som beslutar om tid skall erbjudas här på urologen eller om det är primärvårdens ansvar att utreda och behandla i första hand. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt (Remissens baksida kan användas). Om vi saknar viktiga uppgifter kommer remissen att skickas i retur.

Namn

Personnummer

--	--

Telefonnummer (hem)

Mobilnummer

Telefonnummer (dagtid)

Godkänner SMS-påminnelse

			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--	--	--

Adress

Ordinarie vårdcentral

--	--

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft dem.

--

Har du andra sjukdomar? Andra särskilda behov? Specificera

Äter du blodförtunnande medicin?

	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken?
--	---

Åberopar du vårdgarantin?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Läs mer www.1177.se
--

Finns journaler på aktuellt tillstånd/sjukdom från andra sjukvårdsinrättningar?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, får vi beställa dessa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, fyll i nedan.	
<input type="checkbox"/> Journaler	Var: _____ När: _____
<input type="checkbox"/> Op-berättelse	Var: _____ När: _____

Denna remiss skrivs ut, signeras och skickas per post till:

City urologen
Bergmansgatan 5
431 30 Mölndal

Plats för stämpel, ifylls av Urologienheten

Namnteckning

Datum

Läs mer om oss på www.cityurologen.se