

Egenremiss

Ortopedkliniken Blekingesjukhuset

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
Lämna en beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för. Ange höger eller vänster sida.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Mottagning och årtal:		
Har du träffat sjukgymnast för dina besvär?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Fysioterapimottagning och årtal:		
Har du genomgått röntgen för dina besvär?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Röntgenmottagning och årtal:		
Vill du bli opererad för dina besvär om det är möjligt?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Sjukdom:		
Tar du läkemedel regelbundet?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Vilka:		
Längd:	Vikt:	
Tolkbehov? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnsteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Skickas till

Ortopedmottagningen
Blekingesjukhuset
374 80 Karlshamn

Ortopedmottagningen
Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona