

City Urologen

Egenrem

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Telefonnummer (dagtid)	Godkänner SMS-påminnelse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Adress	Ordinarie vårdcentral
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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="text"/>	<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
Bergmangatan 5
431 30 Mölndal

_____/_____
Namnteckning Datum

Läs mer om oss på www.cityurologen.se

Plats för stämpel, ifylls av Urologienheten