Egenremiss för öron, näsa och hals

REGION BLEKINGE

Ankomstdatum:

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	
Postnummer och postadress	
Telefonnummer	Mobilnummer
☐ Behov av tolk (kryssa)	Språk

Lämna en beskrivning av de besvär du vill ha hjälp med:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Har du sökt för besvären ovan?

Var?.....När?.....

Vilka mediciner använder du? Alternativt bifoga kopia på din läkemedelslista.

.....

Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare? ☐ Ja ☐ Nej

Din remiss granskas av specialistläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig.
Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

Egenremissen skickas till:
Öron-näs-halsmottagningen
Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona

Datum ..... Underskrift .....