

## Kontaktpunkten

### EGENVÅRDBEGÄRAN/Under 16 år

Namn.....Personnummer.....

Adress.....

Postadress.....

Telefon dagtid .....

Ange vilken kroppsdel Du önskar få undersökt och om det är på höger eller vänster sida.

.....

Beskriv hur besvären/skadan påverkar Dig, hur länge Du haft besvär/värk och hur detta inverkar på Din vardag.  
(Fortsätt gärna på baksidan.)

.....

.....

.....

.....

Har du blivit röntgad? Vilket sjukhus? (Viktigt om vi måste beställa bilderna.)

.....När?.....

Tar du regelbundet prover, ange vilka.

.....

Äter du regelbundet några mediciner, ange vilka.

.....

För att vi ska kunna hjälpa till på bästa sätt ber vi Dig komplettera vårdbegäran genom att bifoga journalkopior från mottagningar du eventuellt sökt hos för samma åkomma.

Vårdnadshavare

Underskrift..... Underskrift.....

Namnförtydligande..... Namnförtydligande.....

Datum..... Datum.....

Telefon dagtid..... Telefon dagtid.....

Mobil..... Mobil.....

Sändes till:

**Remissportalen**

**Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

**413 45 GÖTEBORG**