

EGEN VÅRDBEGÄRAN

Barn- och ungdomsmottagningen



Remissen blir bedömd av barnöverläkare och kan resultera i besök till läkare eller sjuksköterska på barn- och ungdomsmottagningen, telefonsamtal eller hänvisning till annan vårdinstans.

Personnummer:
Namn:
Adress:
Postadress:.....Telefon:
Målsman telefon arbete:
Mobiltelefon:

Vilka besvär söker ni för?.....
.....
.....

Beskriv kortfattat barnets symtom:
.....
.....
.....
.....

Hur länge har barnet haft besvär?
Ev. medicinering?

Är barnet tidigare behandlad för samma åkomma? Ja Nej
Har ni sökt till någon annan vårdinrättning för barnets besvär?
I så fall, var?

Får barn- och ungdomsmottagningen begära ut journalkopior om det behövs? Ja Nej

Datum:
Namnunderskrift:
Namnförtydligande:

Egen vårdbegäran skickas till:
Barn- och ungdomsmottagningen
Centralsjukhuset
291 85 KRISTIANSTAD

Obs!
Handläggningen går snabbare om ni skickar med längd- och vikt kurvorna från både BVC och skolhälsovården.