

**Egenremiss – fylls i av dig som patient och skickas till adressen nedan.**

Namn	
Personnummer	Yrke
Adress	
Postnummer	Postadress
Telefon hem	Telefon arbete
Mobiltelefon	

Lämna en kort beskrivning av de besvär du önskar söka läkare för

---

---

---

---

Hur länge har du haft dessa besvär? \_\_\_\_\_

Är du sjukskriven för dessa besvär? \_\_\_\_\_

Har du sökt en annan läkare för dessa besvär? Om ja, ange läkarens namn och vårdenhet.

---

Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? Om ja, ange läkarens namn och vårdenhet

Vilka mediciner använder du för närvarande?

---

---

---

Jag accepterar att journaler beställs från läkare på ovanstående kliniker/vårdcentraler/privatmottagningar inför besöket hos oss.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

När du skriver en egenvårdsremiss använder du dig av det fria vårdvalet. Du har därmed inte rätt till reseersättning.

Om remissen vid bedömning av specialistläkare anses kunna hanteras i primärvården kommer remissen att skickas dit.

**Hässleholms sjukhus**  
**Hjärtmottagning Hässleholm**



Egenremissen skickar du i ett brev till:

Hässleholms sjukhus  
Hjärtmottagningen  
281 25 Hässleholm

Har du frågor går det bra att ringa vår sekreterare på telefon:

0451-29 63 30