

## Egenremiss till Kirurgimottagningen, Helsingborg

För att underlätta för dig och bättre kunna prioritera dina besvär ber vi dig fylla i nedanstående frågor.

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_

Tel hem: \_\_\_\_\_ arbete: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

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

Vad söker du för?.....

När började dina besvär?.....

Beskriv kortfattat dina symtom:.....

.....

Övriga sjukdomar: .....

Aktuella läkemedel: .....

Har du tidigare sökt på kirurgen i Helsingborg?  Ja  Nej

Har du sökt annan läkare för dessa besvär?  Ja, vem.....

Får vi beställa journal från din tidigare läkare?  Ja  Nej

Skickas till:  
Helsingborgs lasarett  
Kirurgimottagningen  
251 87 Helsingborg