



Helsingborgs lasarett

En del av Region Skåne

Öron-, näs- och halsmottagningen

Egenremiss

Personnummer _____

Namn _____

Adress _____

Postnr _____ Postadress _____

Telefonnummer dagtid _____

Beskriv kortfattat vad du söker för _____

Hur länge har du haft dessa besvär? _____

Har du sökt för dessa besvär tidigare? _____ Om ja när? _____

Var och vilken läkare? _____

Blev du röntgad eller genomgick du någon annan undersökning för dina besvär? _____

Om ja, vilken? _____

Får vi ta del av eventuella journaler och röntgen bilder? Ja, jag godkänner. Nej, jag godkänner inte.

Har du någon annan sjukdom? _____

Tar du några mediciner? _____

Datum och underskrift _____

Anmälan skickas till

Öron- näs- och halsmottagningen

Helsingborgs lasarett

Bergendahlgata 2

25187 Helsingborg

Telefon 042-4061800

OBS! Vi förbehåller oss rätten att göra en medicinsk bedömning vilket innebär att Du kan hänvisas till vårdcentral eller privatläkare.