Egenremiss för vård

Öronmottagningen

Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	Personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer
Behov av tolk (kryssa) ☐	Språk

Lämna en kort beskrivning av de besvär som du vill ha hjälp med:

Har du tidigare sökt eller blivit behandlad för besvären ovan?

Var? När?

Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare ☐ Ja ☐ Nej

Din remiss granskas av specialistläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig. Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

Undertecknad egenremiss skickas via brev till:

Visby lasarett
Öronmottagningen
621 84 Visby

Datum ..... Underskrift .....