



Egen remiss/vårdbegäran
till någon av nedanstående specialistmottagningar på Norrtälje sjukhus

Egen remiss till <input type="checkbox"/> Urologmottagningen <input type="checkbox"/> Kirurgmottagningen <input type="checkbox"/> Ortopedmottagningen	
<input type="checkbox"/> Gynekologmott. <input type="checkbox"/> Medicinmottagningen <input type="checkbox"/> Osteoporosmottagningen	
Namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för	
Ange din längd samt vikt	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja ange vilken mottagning och årtal:	
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja ange vilken sjukdom:	
Ytterligare upplysningar	
Tolk? Ange vilket språk:	

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskriften innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare

Blanketten skickas till den mottagning du valt:

_____ mottagningen
Norrtälje Sjukhus Tiohundra AB
Box 905
76129 Norrtälje