Kirurgkliniken Stockholm

Egenremiss för vård på GHP Kirurgkliniken Stockholm

Allmänkirurgi, mag-tarm och bukväggskirurgi, proktologi

Ankomstdatum:

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Gatuadress	
Postnummer och postadress	
Telefonnummer	Mobilnummer
Behov av tolk (kryssa i rutan) ☐	Språk

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

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Har du blivit röntgad eller tidigare sökt för besvären ovan?

Var?.....När?.....

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

Din remiss granskas av specialistläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig.
Du får ett skriftligt svar efter bedömningen, alternativt kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök.

Egenremissen skickas till:
GHP Kirurgkliniken Stockholm AB, Box 5605, 184 70 Stockholm

Datum:……Underskrift……