

Ankomstdatum  
(ifylles av mottagaren)

# Egenremiss

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| Namn                | Personnummer              |
| Yrke/Sysselsättning | Telefon                   |
| Gatuadress          | Postnummer och postadress |

**1**

Ge en kort beskrivning av de besvär som du önskar söka en specialistläkare för.

**2**

Hur länge har du haft besvären?

**3**

Har du sökt hos annan läkare för de besvär som du nu söker för hos oss?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, ange när, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer

**4**

Har du genomgått undersökningar/utredningar för de besvär du nu söker för?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, ange vilken typ av undersökning eller utredning samt var och när.

**5** Kontrolleras du regelbundet av någon läkare för någon sjukdom?

☐ Ja ☐ Nej Om ja, ange läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande, adress och telefonnummer.

**6** Är du i behov av tolk?

☐ Ja ☐ Nej Om ja, ange vilket språk.

**7** Godkänner du att vi kontaktar dig på i blanketten ifyllda uppgifter?

☐ Ja ☐ Nej

**8** Vilka mediciner använder du för närvarande?  
Bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

Läkemedelsnamn

Styrka

Dos

☒ Jag accepterar att journalkopior beställs från ovanstående läkare inför läkarbesöket

Namnteckning

Namnförtydligande

Ort och datum



**Posta remissen till:** Norrköpings Ögonklinik/Bergman Clinics,  
Urbergsgatan 90, 603 56 Norrköping