[](http://www.sergelcity.se/start)

Egenremiss till kirurgi/endoskopimottagningen, Sergelkliniken

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Datum |
| Person:nr | Telfon:nr |

|  |
| --- |
| Sjukhistoria …………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………. |
| Aktuell medicinering ………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………………………………………. |
| Övriga sjukdomar ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………. |
| Medicinerar du med blodförtunnande? Ja  Nej   t.ex Waran, Eliquis |
| Har du någon blodsmitta? Ja  Nej  |
| Samtycker du till att den verksamhet som remissen skickats till, och som ingår i en annan Vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom Stockholms Läns Landsting, Take Care när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård? Ja  |

Remissvar kommer via brev till din folkbokföringsadress när läkaren bedömt din remiss.

Sergelkliniken

Västra Trädgårdsgatan 2 A, 111 53 Stockholm

Tfn: 08 – 644 28 55 / Fax 08 – 10 63 22

www.sergelkliniken.com