

## Egenremiss Sergelkliniken Urologi CoreTherm

Remissen bedöms av läkare som beslutar om tid skall erbjudas här på mottagningen för utredning och vidare information. Fyll i nedanstående uppgifter så utförligt som möjligt (baksida/s.2 kan användas). Om vi saknar viktiga uppgifter kommer remissen att skickas i retur.

Namn		Personnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefonnummer (hem)	Mobilnummer	Godkänner sms-påminnelse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Folkbokföringsadress		Ordinarie vårdcentral	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Beskriv i korthet dina besvär och hur länge du haft dem

Är du strålbehandlad i prostata eller bäckenregionen? Ja  Nej

Har du andra sjukdomar? Andra särskilda behov?	Äter du blodförtunnande medicin?
Specificera:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Om ja, vilken? .....

Står du i kö för behandling sedan tidigare?

Ja  Nej  Var?

Finns journaler på aktuellt tillstånd/sjukdom från andra sjukvårdsinrättningar?

Ja  Nej  Om ja, får vi ta del av dessa? Ja  Nej  Om ja, fyll i nedan.

<input type="checkbox"/> Journaler	Var:
	När:
<input type="checkbox"/> Operationsberättelse	Var:
	När:

Denna remiss skrivs ut, signeras och skickas per post till: Sergelkliniken  
Karlavägen 112, plan 4  
115 26 Stockholm

*Plats för stämpel, denna fylls i av vårdenheten:*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Underskrift Datum