

# Egenremiss för plastikkirurgi

Ankomstdatum:

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Gatuadress	
Postnummer och postadress	
Telefonnummer	Mobilnummer
<input type="checkbox"/> Behov av tolk (kryssa)	Språk
Lämna en kort beskrivning av de besvär du vill ha hjälp med: ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
Har du blivit röntgad eller sökt för besvären ovan?	
Var?..... När?.....	
Jag godkänner att journalkopior eller röntgenbilder beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	

*Din remiss granskas av specialistläkare som bedömer om vi kan hjälpa dig.*  
Efter bedömningen kan du bli kallad (per brev) för ett mottagningsbesök alternativt kan du få ett skriftligt svar där vi hänvisar till annan vårdgivare.

Egenremissen skickas till:  
Hand- och plastikkirurgiska kliniken  
Universitetssjukhuset  
58185 Linköping

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Namnteckning