

Egenremiss

- vårdnadshavare som söker för barn under 18 år

Patientuppgifter

Barnets för- och efternamn		Barnets personnummer
Gatuadress		Namn vårdnadshavare
Postnummer	Ort	Telefonnummer vårdnadshavare

Beskriv ditt barns besvär och hur länge ditt barn har haft dem:

Vad vill ni ha hjälp med?

Finns vårdkontakter för aktuellt tillstånd/sjukdom hos andra vårdgivare?

Ja Nej

**Om 'Ja' - var har ditt barn varit, vem har ditt barn träffat och när skedde detta?
Skicka gärna med journalanteckningar.**

Godkänner du att vi läser ditt barns journal hos andra vårdgivare, i det fall det finns anteckningar som kan ha betydelse för nu aktuellt sjukdom/skada? Ja Nej

Har du eller ditt barn behov av tolk? Ja Nej Vilket språk? Ange nedan.

Vilka läkemedel använder ditt barn?

Finns det någon övrig information vi behöver känna till med anledning av det ditt barn söker för?

Datum och signatur