

## Egenremiss till Hudmottagningen, Sahlgrenska

Vänligen fyll i och skicka till **Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Hud- och könssjukvården, 413 45 Göteborg**

Remissen bedöms av en av våra hudspecialister. Om specialistvård inte bedöms nödvändig kommer du att rekommenderas att vända dig till din vårdcentral. Detta gäller bl a vid följande: Fotsvamp, kosmetiska förändringar, hand-/fotvårtor, håravfall, lindrig klåda/torr hud, lättare acne/eksem, mjälleksem/mjällvårtor, mollusker

För att kunna göra en så säker bedömning av remissen som möjligt ber vi dig att om möjligt skicka med ett färgfoto på de hudförändringar du söker för. Det går bra att ta foto med mobilen och skriva ut i färg på vanligt papper.

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn
Adress, postnummer och postadress	
Telefon (dagtid)	Telefon mobil

1. Vad söker du för? Skriv utförligt ner dina besvär (och bifoga gärna foto enligt ovan instruktion) samt hur länge du haft dem

.....

.....

.....

.....

2. Har du tidigare varit i kontakt med sjukvården för de aktuella besvären? Om ja, var och när? Vilken behandling gavs? Vad var effekten av denna?

.....

.....

.....

3. Om du tidigare sökt vård för de här besvären, samtycker du då till att vi tar del av din journal?  Ja  Nej

4. Har du några andra sjukdomar? Om ja, ange sjukdom, läkarens namn, vårdcentral eller motsvarande

.....

.....

.....

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

.....

.....

Vårdgivares anteckning:

6. Något annat som du tror kan vara bra för oss att veta?

.....

.....

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_