# Egenremiss för vård

## Gynekologisk mottagning

| | |
|---|---|
| Förnamn | Efternamn |
| Adress, postnummer och ort | Personnummer |
| Telefonnummer | Mobilnummer |
| Behov av tolk (kryssa) ☐ | Språk |

**Lämna en kort beskrivning av de besvär som du vill ha hjälp med:**

| |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Har du tidigare sökt eller blivit behandlad för besvären ovan?<br>Var? När? |
| Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare ☐ Ja ☐ 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.

### Undertecknad egenremiss skickas via brev till:

Visby lasarett
Gynekologisk mottagning
621 84 Visby

Datum ..... Underskrift .....

**Hälso- och sjukvårdsförvaltningen**
**Besöksadress** Visborgsallén 19
**Postadress** SE-621 81 Visby

**Telefon** +46 (0)498 26 90 00
**Org nr** 212000-0803
**Webbplats** www.gotland.se/

Region Gotland