

## Egen vårdbegäran (egenremiss) till hud/STD-mottagningen

Vänligen fyll i och skicka till Södra Älvsborgs Sjukhus, hud/STD-mottagningen,  
501 82 Borås

Remissen bedöms av en hudspecialist. Om specialistvård inte bedöms nödvändig rekommenderas du egenvård eller att vända dig till din vårdcentral.

Detta gäller bland annat vid följande:

fotsvamp, kosmetiska förändringar, hand-/fotvårtor, håravfall, lindrig klåda/torr hud, lättare eksem, mjällvårtor, mollusker, lättare acne och allmän bedömning av födelsemärken/leverfläckar.

För att kunna göra en säker bedömning av remissen 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.

Vårdgivares anteckning:

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx):	
Efternamn:	Förnamn:
Adress, postnummer och postadress:	
Telefon (dagtid):	Telefon (mobil):
Yrke/sysselsättning:	
Vårdnadshavares namn:	Telefon:
(Uppges vid egen vårdbegäran för barn/ungdom under 18 år)	
Tolkbehov?      Nej: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Om ja, vilket språk?	

Vad söker du för? Beskriv dina besvär och bifoga gärna foto enligt ovanstående instruktion.

.....

.....

.....

.....

.....

**Fortsätt fyll i på nästa sida (skriv gärna ut på ett papper/dubbelsidigt) →**

**Egen vårdbegäran (egenremiss) till hud/STD-mottagningen,  
Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås**

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx):	
Efternamn:	Förnamn:

Hur länge har du haft hudförändring/-förändringar? .....

Hur ser hudförändringen/hudförändringarna ut? Beskriv nedan.

**Storlek:**.....

**Färg:** hudfärgad, rodnad, pigmentering, annan färgnyans:.....

**Form:** slät, upphöjd, blåsbildning, svullnad, knottrig, skrovlig, sprickbildning, sår, förhårdnad:.....

.....

**Var** på kroppen är hudförändringen/-förändringarna lokaliserade?.....

Finns besvär med klåda, sveda, smärta, fjällning, vätskning?.....

Har hudförändringen/-förändringarna förändrats i storlek eller antal?.....

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? .....

.....

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

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

.....

.....

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

.....

.....

Datum: .....

Underskrift: .....