



LANDSTINGET BLEKINGE

# Egenremiss till Barn- och ungdomsmottagningen Blekingesjukhuset

Remissen blir bedömd av barnöverläkare och kan resultera i besök hos läkare eller sjuksköterska på barn- och ungdomsmottagningen, rådgivning via telefon eller brev, alternativ hänvisning till annan vårdinstans.

*Handläggningen går snabbare om ni skickar med tillväxtkurvor med mätvärden från barnhälsovården och skolhälsovården!*

Personnummer
Namn
Adress
Postadress
Målsmans namn och telefonnummer dagtid
Tolkbehov - om ja ange språk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Vilket/vilka besvär gäller remissen?
--------------------------------------

Beskriv barnets symptom: När började det? Typ av besvär? Ihållande/kommer och går? Har barnet tappat i vikt? Kan barnet vara i sin vanliga aktivitet dagtid? osv Försök vara tydlig och kortfattad!
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Har ni sökt annan vårdgivare för barnets besvär, och i så fall när och var?

Har barnet tidigare behandlats för samma åkomma?

Har barnet någon annan sjukdom eller allergi?

Tar barnet några mediciner?

.....  
Datum

.....  
Namnunderskrift

.....  
Namnförtydligande

**Egenremissen skickas till**

Barn- och ungdomsmottagningen  
Blekingesjukhuset  
371 85 Karlskrona

eller

Barn- och ungdomsmottagningen  
Blekingesjukhuset  
374 80 Karlshamn

E-postadress: [barn.blekingesjukhuset@ltblekinge.se](mailto:barn.blekingesjukhuset@ltblekinge.se)