

## EGENREMISS Barn & Ungdomsmottagningen

*Remissen blir bedömd av barnöverläkare och kan resultera i besök till läkare eller sjuksköterska på barn och ungdomskliniken, telefonsamtal eller hänvisning till annan vårdinstans.*

Personnummer: .....

Namn: .....

Adress: .....

Postadress: ..... Telefon: .....

Målsman telefon arbete: .....

Mobiltelefon: .....

Vilka besvär söker ni för? .....

.....  
.....

Beskriv kortfattat barnets symtom:

.....  
.....  
.....  
.....

Hur länge har barnet haft besvär? .....

Ev. medicinering? .....

.....

Är barnet tidigare behandlad för samma åkomma? Ja  Nej

Har Ni sökt någon annan vårdinrättning för barnets besvär?

I så fall, var? .....

Datum: .....

Namnunderskrift: .....

Namnförtydligande: .....

Egenremissen skickas till:

Barn och Ungdomsmottagningen,  
Centralsjukhuset,  
291 85 KRISTIANSTAD

**Obs!**

**Handläggningen går snabbare om ni skickar med längd- och viktkurvorna från både BVC och skolhälsovården.**