



Barn- och ungdomskliniken Halland

Denna remiss gäller

Personnr: _____ Efternamn: _____ Förnamn: _____

Adress: _____ Postnr: _____ Ort: _____

Skola/ BVC _____

Vårdnadshavare, namn: _____ Tel hem: _____ Arb. _____

Mobilnr: _____

Remissen skriven av: _____

Namnteckning _____ Datum: _____

Har barnet tidigare varit i kontakt med barnkliniken Ja Nej

Om ja – när _____ Vilken läkare eller mottagning _____

Orsak: _____

Anledning till denna remiss.

Beskriv så gott du kan de aktuella besvären. Hur länge har de pågått? Eventuella kontakter med andra sjukvårdsinrättningar, tidigare utredningsresultat etc. Finns det ärftlighet för den misstänkta sjukdomen. Fortsätt gärna på baksidan om utrymmet på denna sida inte räcker.

Egenremisser behandlas som remisser från sjukvårdsinrättningar. På basis av vad som framkommer ovan görs en bedömning och prioritering.

Postadress

Barn- och ungdomskliniken
Länssjukhuset
301 85 Halmstad

Besöksadress

Lasarettsvägen

Telefon

Tfn 035-13 10 00 (vx)
Tfn 035-13 41 00 (sekr)
Fax 035-13 41 06

Hemsida

www.barn.halland.net