

Egenremiss Kognitiv mottagning, Ersta sjukhus

Viktig information: Vi utreder endast personer som är **65 år fyllda eller äldre**. Om du är under 65 år hänvisar vi dig till Karolinska Sjukhuset i Solna eller Huddinge.

Personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

Har du fått besvär med ditt minne och/eller tänkande?

Hur länge har du haft besvären?

☐ 6 månader eller kortare ☐ 6-12 månader ☐ 12 månader eller längre

Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, beskriv när och var du har sökt vård

Har du någon allergi? Ja ☐ Nej ☐ Om ja vad för allergi?

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? I så fall vilken?

Tar du medicin regelbundet? Vilka? Alternativt bifoga kopia på läkemedelslista

Har du gjort en skiktröntgen eller magnetkameraundersökning av hjärnan det senaste året? Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

Har vårdcentralen tagit rutinblodprover de senaste 3 månaderna?
Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

Har du gjort ett enklare minnestest på din vårdcentral det senaste året?
Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

Har du vårdats för stroke eller TIA det senaste halvåret? Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

Intar du alkoholhaltiga drycker regelbundet Ja ☐ Nej ☐ Vet ej ☐

Är du i behov av tolk? Ja ☐ Nej ☐ Om ja, vilken/vilket språk?

Godkänner du att vi läser din journal hos andra vårdgivare, i de fall det finns anteckningar eller röntgenbilder som kan ha betydelse för aktuell sjukdom/skada?
Ja ☐ Nej ☐

Finns det någon annan information vi behöver känna till?

Datum och namnteckning

Egenremissen skickas till:

Kognitiv mottagning

Ersta sjukhus

Box 4619

116 91 Stockholm