

Egenremiss för värmebehandling av prostata med CoreTherm®

Remissen bedöms av läkare som beslutar om tid skall erbjudas här på mottagningen för utredning och vidare information. Fyll i nedanstående uppgifter så bra du kan. När vi sedan kallar dig inom 4 veckor kommer vi att ställa ytterligare frågor till dig.

Observera att om du är genomgått strålbehandling i bäckenregionen eller prostata är det inte lämpligt att behandla med CoreTherm®

Namn	Personnummer	Telefon (helst mobil)
Folkbokföringsadress	Min ordinarie vårdcentral	
Kortfattad beskrivning av mina besvär inklusive hur länge jag haft dem		
Jag har inte fått strålbehandling av bäcken eller prostata	Jag står i kö för annan behandling - t ex hyvling- hos: (ange vårdgivare)	
Det finns journaler om mina besvär hos annan vårdgivare, nämligen hos:	Jag godkänner att ni tar del av de journalerna Ja Nej	

Skriv ut, signera och skicka i posten till:

Urogyn
Barks väg 7
170 73 Solna

Datum	Underskrift
-------	-------------