

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig.

Vårdbegäran skickas till Psykiatriska öppenvården, Bryggaregatan 1, 653 40 Karlstad
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

| | | |
|--|---------------|--|
| Personnummer (ååmmdd-xxxx) | | |
| Efternamn | | Förnamn |
| Gatuadress | | Postnummer och postadress |
| Telefon bostad | Telefon mobil | Vårdcentral |
| Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. | | |
| Hur länge har besvären funnits? | | |
| Har du pågående behandlingskontakt för dina psykiska besvär? Om du svarar ja – hos vem? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Har du tidigare behandlats för dina psykiska besvär? Om du svarar ja – för vad och hos vem? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Har du eller har du haft något missbruk? Om du svarar ja – vad och när? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Tar du några mediciner? Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Är du sjukskriven? Om du svarar ja – Vilken sjukskrivningsgrad? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| För vad är du sjukskriven? | | Sjukskriven t o m: |
| Vem har sjukskrivit dig: | | |
| <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Minderåriga barn | | |
| <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Pensionär | | |
| Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Behöver du tolk? Om du svarar ja – vilket språk? | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter: | | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Namn: | | Telefon hem/mobil |

| | |
|----------------|-------|
| Underskrift | |
| Ort och datum: | Namn: |