

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning du har sökt vård.

**Vårdbegäran skickas till Kvinnosjukvården, Centralsjukhuset, 651 85 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. <b>Ange hur länge besvären har funnits!</b> (Fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till).		
Hur många förlossningar har du genomgått?		Hur många barn har du?
Har du någon gång genomgått en gynekologisk operation?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – Vilken typ av operation och vilket år? När hade du sista mens?		
Har du tidigare haft kontakt med kvinnosjukvården?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning och vilket år? Ange tidigare och ev nuvarande sjukdomar och övriga sjukdomar!		
Tar du mediciner regelbundet?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken medicin/vilka mediciner, styrka och dosering?		
Ytterligare upplysningar?		
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ange ev behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk. Språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövspråkstolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk		
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter: Namn: _____ Telefon hem/mobil _____		

Underskrift

Ort och datum:

Namn: