

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Lämna en kort beskrivning av de hudbesvär du söker för.		
Hur länge har du haft hudbesvären?		
Hur och med vad har du behandlat dina hudbesvär? Ange de krämer/salvor du använt samt använder nu.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär någon annanstans inom sjukvården? Om du svarar ja – vilken mottagning och år:	Ja	Nej
Har du någon annan sjukdom? Om du svarar ja – vilken/vilka sjukdomar:	Ja	Nej
Har du någon smittsam sjukdom, t.ex. HIV, hepatit, MRSA, ESBL, TBC, annan? Om du svarar ja – vilken/vilka sjukdomar:	Ja	Nej
Tar du någon medicin regelbundet? Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner:	Ja	Nej
Har du allergi? Om du svarar ja – vilken/vilka allergier:	Ja	Nej
Godkänner du att hudmottagningen hämtar journalkopior från annan mottagning?	Ja	Nej
Kan du kommunicera självständigt? Om du svara nej - ange behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk, vilket språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk	Ja	Nej
Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten ange dennes namn och telefon. Namn: _____ Telefon dagtid: _____		

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 7 arbetsdagar. Läs mer på: 1177.se/varmland/egenvardbegaran	Skicka blanketten till: Hudmottagningen Centralsjukhuset 651 85 Karlstad
Namnunderskrift: _____	Datum: _____