

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Kontaktorsak, vad vill du ha hjälp med?

Beskriv dina förväntningar med arbetsterapeutkontakt:

Har du blivit röntgad för dina nuvarande besvär?	Ja	Nej
Om du svarar ja, var gjordes undersökningen och vilket år?		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	Ja	Nej
Om du svarar ja, vilken?		
Övriga upplysningar:		
Jag godkänner att ni begär journalkopior från annan mottagning?	Ja	Nej

Kan du kommunicera självständigt?	Ja	Nej
Ange behov av tolk		
<input type="checkbox"/> Språktolk, vilket språk:	<input type="checkbox"/> Teckenspråktolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk

Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten ange dennes namn och telefon dagtid.

Namn: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Är ovanstående person anhörig till dig? Ja Nej

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 14 arbetsdagar. <b>Läs mer på:</b> <a href="http://1177.se/varmland/egenvardbegaran">1177.se/varmland/egenvardbegaran</a>	<b>Skicka blanketten till:</b> Arbetsterapimottagningen Rehabiliteringsenheten Centralsjukhuset 651 85 Karlstad
---	---

Namnunderskrift:	Datum:
------------------	--------