

| | |
|------------------------------------------|-----------|
| Personnummer | |
| Förnamn | Efternamn |
| Adress | |
| Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid | |

Kuratorsmottagningen finns till för patienter och deras närstående vid nedanstående mottagningar och vårdavdelningar.
Kryssa i den mottagning eller vårdavdelning där du eller din närstående har sin patientansvarige läkare.

Bröstmottagningen Cytostatikasektionen/Palliativa teamet Diabetesmottagningen
 Hjärtmottagningen Kirurgimottagningen Medicinmottagningen Ortopedimottagningen Reumatologimottagning
 Avdelning 78 ortopediavdelning Avdelning 79 medicinavdelning Avdelning 76 medicinavdelning Avdelning 70 kirurgavdelning
 IVA

Övriga patienter hänvisas till Samtalsmottagningen Vårdcentralen Verkstaden.

Jag söker som patient
 Jag söker som närstående till patient

Om du söker som närstående, var god ange patientens personnummer (ååmmdd-xxxx): _____

Kontaktorsak. Vad vill du ha hjälp med?

Beskriv dina förväntningar med kuratorskontakten:

Övriga upplysningar:

| | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| Kan du kommunicera självständigt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Ange behov av tolk | | |
| <input type="checkbox"/> Språktolk, vilket språk: | <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk | <input type="checkbox"/> Annan tolk..... |

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. Läs mer på: 1177.se/varmland/egenvardbegaran | Skicka blanketten till: Kuratorsmottagningen Rehabiliteringsenheten Sjukhuset Arvika Rackstavägen 671 80 Arvika |
| Namnunderskrift: | Datum: |