Region Halland

Egenremiss för vuxen till Hörselhabiliteringen

OBS! Tänk på att du tidigare ska ha haft insatser av Hörselhabiliteringen **eller** vara medicinskt färdigutredd hos ÖNH-läkare **och** hos din audionom när du skickar in din egenremiss.

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	c/o Adress
Postnummer	Ort
Telefon hem	Mobiltelefon

Orsak till kontakt? Beskriv dina hörselbesvär.

Hur länge har du haft dessa besvär?

Har du tidigare haft öronproblem? Om ja beskriv vilka problem.

Har du tidigare sökt öronläkare för dina besvär? Om ja ange när och var.

Har du tidigare besökt oss på Hörselhabiliteringen? Om ja ange när och var.

Har du några hörselhjälpmedel? Om ja ange när och var du provat ut dem.

Behöver du tolk vid ditt besök? Om ja ange vilken typ.

○ Skrivtolk ○ Teckenspråkstolk ○ Dövblindtolk

○ Språktolk Ange språk:

Övriga upplysningar av vikt:

Samtycke:

Godkänner du att vi tar del av din journal via andra vårdgivare?

○ Ja ○ Nej

Datum: _____

Namn: _____

Remissen skickas till:

Hörselhabiliteringen
Hallands sjukhus Kungsbacka
Tölövägen 3
434 80 Kungsbacka

När vi har fått din egenremiss så kommer den bedömas av vårt remissteam.
Du kommer få en bekräftelse av oss inom 2 veckor.

210924