



Bariatrisk mottagning

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum: _____

Om du vill söka vård ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom två veckor så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Postnummer och postadress	
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral	

Beskriv de besvär/symtom du nu vill söka för

Ange hur länge du haft besvär

Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Ja Nej
Om ja, vilken mottagning och årtal:

Är du tidigare opererad för övervikt/fetma? Ja Nej
Om ja, uppgi sjukhus och när:

Egen sjukdomshistoria

Diabetes (även ålderssocker)	Blodpropp	IBS	Annan mag- tarmsjukdom
Hypertoni	Hjärtsjukdom	Crohns	Njursten
Förhöjda blodfetter	Reflux/sura uppstötningar	Ulcerös colit	Gikt
			Sömnapné

Andra sjukdomar eller övrig information

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Ja Nej
Om ja, vilken sjukdom:

Tar du mediciner regelbundet? Ja Nej
Om ja, vilka mediciner:

Har du någon allergi/överkänslighet? Ja Nej
Om ja, mot vad?

Röker du?		Ja	Nej
Din längd:	Din vikt:		
Godkänner du att vi tar del av din journal från annan vårdgivare?		Ja	Nej
Om ja, ange vårdgivare:			
Eventuellt behov av tolk eller hjälp vid förflyttning			
Språktolk. Språk:		Teckenspråkstolk	
Hjälp med förflyttning till stol/brits		Dövblindtolk	
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan		Ja	Nej
Namn	Telefon hem/moblitelefon		Skickas till Falu lasarett Bariatrisk mottagning 791 82 FALUN

Kom ihåg att skriva under!



Ort och datum

Namnteckning