



Barn- och ungdomsmedicin- mottagning Falun

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

Vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas personuppgifter (obligatoriskt för barn under 13 år)

Namn		Personnummer
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telefon hem	Telefon mobil	Telefon arbete
Namn		Personnummer
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress)		
Telefon hem	Telefon mobil	Telefon arbete
Gemensam vårdnad	Enskild vårdnad	Mor Far
		Har båda samtyckt till egen vårdbegäran? Ja Nej

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:		
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?		

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 Barn- och ungdomsmedicinmottagning 791 82 FALUN	

Kom ihåg att skriva under!



Vårdhavarnas underskrifter

Ort och datum

Namnteckning

Ort och datum

Namnteckning