



## Beroendemottagningen

## 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:

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?

Har du kontakt med socialtjänsten? Ja  Nej   
Om ja, när, för vad och hos vem:

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:	Teckenspråktolk
Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövsblindtolk

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan	Ja	Nej	Skickas till <b>Falu Lasarett</b> <b>Beroendemottagningen</b> <b>79182 FALUN</b>
Namn	Telefon hem/moblitelefon		

**Kom ihåg att skriva under!**



\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning