



Diabetes- och endokrinmottagning 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	

Beskriv de besvär/symtom du nu vill söka för

Ange hur länge du haft besvär

Vad vill du först och främst ha hjälp med?

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:	Teckenspråktolk
Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövblindtolk

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Skickas till Falu Lasarett Diabetes- och endokrinmottagning 791 82 FALUN
Namn	Telefon hem/mobltelefon	