

Hur länge har du haft besvär med din hörsel?		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Ja. Om ja, ange vilken mottagning/region och när:		
..... Nej Vet ej		
Godkänner du att vi tar del av din journal från annan vårdgivare inom Region Dalarna? Ja (ange vårdgivare):		
Nej (kan innebära att det ej kan göras en korrekt bedömning av ditt behov av hörselrehabilitering)		
Om du haft kontakt med hörselvård i annan region, ber vi dig att kontakta dem och be dem skicka journalkopior till oss.		
Har du något av följande: Synnedsättning som innebär att du inte kan läsa t ex tidning även med glasögon Diagnosticerad demenssjukdom eller annan kognitiv nedsättning	Ange behov av tolk: Skrivtolk Teckenspråkstolk Dövblindtolk Språktolk, ange språk:	
Har du möjlighet att komma med kort varsel (inom ett dygn?)	Ja	Nej
Samtycker du till att påminnelse om bokad tid skickas via SMS?	Ja	Nej
Har du fått hjälp att fylla i blanketten? Nej Ja, (ange namn och telefonnummer till den som hjälpt dig):		

.....
Datum.....
Namnteckning (den som söker vård)

Skicka blanketten till:
Hörcentralen Region Dalarna
Skomakargatan 22
781 70 Borlänge

När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning, normalt inom tre veckor.