



Hörcentral vuxna, utprovning av hörapparat

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. **Du som endast vill göra en hörselundersökning ska kontakta din vårdcentral.**

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem	Telefon mobil	Telefon arbete

Beskriv de hörselbesvär/situationer där du upplever behov av hörapparat		
Ange hur länge du haft besvär med din hörsel		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?	Ja	Nej
Om ja, vilken mottagning och årtal:		
Har du ytterligare funktionsnedsättning t. ex. synnedsättning (som inte kan kompenseras med glasögon) eller rörelsehinder?	Ja	Nej
Om ja, vad:		
Godkänner du att vi tar del av din journal från annan vårdgivare?	Ja	Nej
Om ja, ange vårdgivare:		
Eventuellt behov av tolk		
Språktolk. Språk:	Teckenspråktolk	
Skrivtolk	Dövblindtolk	
Vad förväntar du dig av besöket på Hörcentralen?		
Jag kan komma med kort varsel (inom ett dygn)	Ja	Nej
Samtycker du till påminnelser om bokad tid via SMS?	Ja	Nej

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan		Ja	Nej	Skickas till Hörcentralen Skomakargatan 22 781 70 BORLÄNGE
Namn	Telefon hem/moblitelefon			