



## Hudmottagning 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.

**Vi behandlar inte hudbesvär av lindrig eller kosmetisk art.**

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon hem/mobiltelefon	Vårdcentral	

Beskriv de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange: Hur de ser ut och var de sitter, Hur och med vad du behandlat (ange preparatnamn). Om du söker för leverfläck/födelsemärke eller liknande hudförändring ska du ange storlek på förändringen, var den sitter och bifoga foto.

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:	Teckenspråktolk
Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövblindtolk

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan	<span style="margin-left: 100px;">Ja</span> <span style="margin-left: 100px;">Nej</span>	Skickas till <b>Falu Lasarett Hudmottagning 79182 FALUN</b>
Namn	Telefon hem/mobltelefon	

**Kom ihåg att skriva under!**

