



## Kirurgimottagning 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			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		Ja	Nej
Om ja, vilken mottagning och årtal:			
Fyll i din längd och vikt:			
Längd:		Vikt:	
Ofrivillig viktnedgång senaste 6 mån?		Ja	Nej
Om ja, antal kg:			
Röker du?		Ja	Slutat Nej
Om ja, hur mycket:		/dag	
Om slutat, när:			
Tidigare operationer:			
Tidigare sjukdomar:			
Nuvarande sjukdomar:			
Ärftlighet?		Ja	Nej
Om ja, för vad:			

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken sjukdom:	Ja	Nej
Tar du mediciner regelbundet? Om ja, vilka mediciner:	Ja	Nej
Har du någon allergi/överkänslighet? Om ja, mot vad?	Ja	Nej
Godkänner du att vi tar del av din journal från annan vårdgivare? Om ja, ange vårdgivare:	Ja	Nej
Eventuellt behov av tolk eller hjälp vid förflyttning		
Språktolk. Språk:		Teckenspråkstolk
Hjälp med förflyttning till stol/brits		Dövblindtolk

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan		Ja	Nej	Skickas till <b>Falu Lasarett Kirurgimottagning 791 82 FALUN</b>
Namn	Telefon hem/moblitelefon			

**Kom ihåg att skriva under!**

