



## Kuratorsenhet 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 och ange hur länge du haft besvär

Vilken specialistklinik (på vilket sjukhus) har du/har du haft kontakt 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 pga ditt psykiska mående? Ja  Nej   
Om ja, vilka mediciner:  
  
Om ja, var arbetar doktorn som skriver ut medicinen:

Har du någon pågående samtalskontakt? Ja  Nej   
Om ja, på vilken enhet:

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 <b>Falu Lasarett Kuratorsenhet 791 82 FALUN</b>
Namn	Telefon hem/moblitelefon	