



Lung- och allergimottagning 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:		
Röker du eller har du rökt?	Ja	Nej
Om ja, i så fall hur mycket och hur länge?		
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	Ja	Nej	Skickas till
Namn	Telefon hem/moblitelefon		Falu Lasarett Lung- och allergimottagning 79182 FALUN

Kom ihåg att skriva under!



Ort och datum

Namnteckning