



## Mag- och tarmmottagning 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:

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Ja  Nej   
Om ja, vilken sjukdom:

Har du insulin- eller tablettbehandlad diabetes? Ja  Nej

Tar du mediciner regelbundet? Ja  Nej   
Om ja, vilka mediciner:

Tar du några blodförtunnande mediciner (inkl Clopidrogel och NOAK)? Ja  Nej   
Om ja, vilka:

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?<br>Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | Skickas till<br><b>Falu Lasarett</b><br><b>Mag- och tarmmottagning</b><br><b>791 82 FALUN</b> |
| Namn  | Telefon hem/mobltelefon                                  |   |