



Ögonsjukvård Dalarna

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				
Hur började besvären?		Plötsligt	Smygande	
Har besvären förvärrats sedan de började?		Ja	Nej	
Ange i vilket öga som du har besvär		Höger	Vänster	Båda
När var du till optikern senast?				
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:				
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 Falu Lasarett Ögonmottagning 79182 FALUN
Namn	Telefon hem/moblitelefon			