



Ortopedimottagningen 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		
Har du vilovärk?	Ja	Nej
Har du rörelse- och/eller belastningssmärta?	Ja	Nej
Har du problem att gå?	Ja	Nej
Om ja, hur lång sträcka klarar du att gå? Använder du någon form av gånghjälpmedel?		
Ange hur länge du haft besvär		
Har du genomgått någon röntgenundersökning?	Ja	Nej
Om ja, när och var?		
Vill du bli opererad?	Ja	Nej
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?	Ja	Nej
Om ja, vilka mediciner:		
Tar du någon smärtstillande medicin?	Ja	Nej
Om ja, vilken typ av medicin? Hur länge har du tagit den?		
Har du under de senaste tre månaderna tagit blodtryck?	Ja	Nej
Om ja, ange värde:		

Har du fått någon typ av fysioterapi/sjukgymnastik eller arbetsterapi?	Ja	Nej
Om ja, vilken typ och hur länge?		
Fyll i din längd och vikt:		
Längd:	cm	Vikt: kg
Röker eller snusar du?	Ja	Nej
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 Falu Lasarett Ortopedimottagningen 791 82 FALUN
Namn	Telefon hem/moblitelefon		

Kom ihåg att skriva under!

