



Pedagogiska hörselvården

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:		
Har du genomfört hörselprov?	Ja	Nej
Om ja, var:		
När:		
Har du ytterligare funktionsnedsättning t. ex. synnedsättning (som inte kan kompenseras med glasögon) eller rörelsehinder?	Ja	Nej
Om ja, 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	Skrivtolk
Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövblindtolk	
Övrigt. Här kan du ange om det är något särskilt du vill förmedla till oss		

Samtycker du till att påminnelse om bokade tider i Region Dalarna skickas via SMS?	Ja	Nej
--	----	-----

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?	Ja	Nej	Skickas till Hjälpmedel Region Dalarna Pedagogisk hörselvård Skomakargatan 22 781 70 Borlänge
Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan			
Namn	Telefon hem/mobiltelefon		

UTGÅVA 251201

Ort och datum

Namnteckning