



## Reumatologmottagning 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               |

|   |  |   |
|---|--|---|
| Varför skriver du en egen vårdbegäran? Sätt kryss i en eller flera rutor  |  |   |
| Jag har ledbesvär   | Jag har långvariga ryggsmärtor eller stelhet           | Jag har ont i kroppen                     |
| Jag har sökt annan vårdgivare men inte fått den hjälp jag önskat  | Annan anledning:                                       |   |
| Beskriv kortfattat de besvär/symtom du söker för  |  |   |
| När började besvären?   |  |   |
| För mindre än 6 månader sedan   | För 6-12 månader sedan                                 | Jag har haft dessa besvär i mer än ett år |
| Var sitter dina besvär? Sätt kryss i en eller flera rutor   |  |   |
| Fingrar/händer  | Armbågar/axlar   | Höfter/knän                               |
| Fötter/tår  | Rygg   |   |
| Vid ledbesvär, har du haft ihållande ledsvullnader?   |  |   |
|   | Ja   | Nej                                       |
| Är du stel på morgonen?   |  |   |
| Ja  | Hur länge? _____ minuter. Jag är stel i lederna ryggen |   |
| Nej   |  |   |
| Har du med anledning av besvären du söker för nu, blivit utredd med provtagning (t ex sänka, CRP, antikroppar) och/eller röntgen? |  |   |
| Ja Vad visade dessa utredningar? _____  |  |   |
| Nej   |  |   |
| Har du (så vitt du vet) nära släktingar (föräldrar, syskon, barn, far- eller morföräldrar) med:                                   |  |   |
|   | Ledgångsreumatism                                      | Psoriasis                                 |
|   | Inflammatorisk tarmsjukdom                             | Bechterew's sjukdom                       |
| Har du någon annan sjukdom?   |  |   |
|   | Ja   | Nej                                       |
| Om ja, vilken:  |  |   |
| 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:                                     | Teckenspråkstolk |
| Hjälp med förflyttning till stol/brits                | Dövblindtolk     |

|   |                          |     |  |
|---|--------------------------|-----|--|
| Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?<br>Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan | Ja                       | Nej | Skickas till<br><b>Falu Lasarett<br/>Reumatologmottagning<br/>791 82 FALUN</b> |
| Namn  | Telefon hem/moblitelefon |     |  |

**Kom ihåg att skriva under!**

