



Smärtrehabilitering Säter

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:		
Vad förväntar du dig av kontakten med oss?		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	Ja	Nej
Om ja, vilken sjukdom:		
Tar du mediciner regelbundet?	Ja	Nej
Om ja, vilka mediciner:		
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		Dövsblindtolk

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan	Ja	Nej	Skickas till
Namn	Telefon hem/moblitelefon		Smärtehabilitering Säter Box 350 78327 SÄTER

Kom ihåg att skriva under!



Ort och datum

Namnteckning