



Psykiatrimottagning Mora

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 | | |
| På vilket sätt hindrar dig dina besvär i vardagen? | | |
| Om du fick hjälp med dina besvär, på vilket sätt skulle det göra skillnad för dig? | | |
| Känner du hopplöshet? Meningslöshet? Har du självmordstankar eller planer? Har du någon gång försökt ta ditt liv och i så fall när? | | |
| 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: | | |
| 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: | Teckenspråkstolk |
| 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 Mora lasarett Psykiatrimottagning Mora 792 85 MORA |
| Namn | Telefon hem/moblitelefon | | |

Kom ihåg att skriva under!

