

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Kontaktersak, vad vill du ha hjälp med?		
Beskriv dina förväntningar med arbetsterapeutkontakt:		
Har du blivit röntgad för dina nuvarande besvär?	Ja	Nej
Om du svarar ja, var gjordes undersökningen och vilket år?		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	Ja	Nej
Om du svarar ja, vilken?		
Övriga upplysningar:		
Jag godkänner att ni begär journalkopior från annan mottagning?	Ja	Nej

Kan du kommunicera självständigt?	Ja	Nej	
Ange behov av tolk			
Språktolk, vilket språk:	Teckenspråktolk	Dövblindtolk	Vuxendövtolk

Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten ange dennes namn och telefon dagtid.		
Namn: _____	Telefon: _____	
Är ovanstående person anhörig till dig?	Ja	Nej

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 14 arbetsdagar. Läs mer på: 1177.se/varmland/egenvardbegaran	Skicka blanketten till: Arbeterapimottagningen Rehabiliteringsenheten Sjukhuset 671 80 Arvika
Namnunderskrift:	Datum: