

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig.

Vårdbegäran skickas till Centrum för Traumatisk Stress, Våxnäsgatan 4, 653 40 Karlstad
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)			
Efternamn		Förnamn	
Gatuadress		Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil		Vårdcentral
Kontaktorsak			
Social situation			
Familjesituation			
Aktuellt			
Belastande händelser/trauma			
Symtom			
Tidigare psykisk sjukdom			
Nuvarande psykisk sjukdom			
Tidigare somatisk sjukdom			

Forts från sid 1		Centrum för Traumatisk Stress	
Namn		Personnummer/ååååmmdd-xxxx/	
Nuvarande somatisk sjukdom			
Tar du några mediciner?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner?			
Är du sjukskriven?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – Vilken sjukskrivningsgrad?		Sjukskriven t o m:	
För vad är du sjukskriven?		Vem har sjukskrivit dig:	
Har du andra kontakter inom hälso- och sjukvården		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – vilken/vilka:			
Godkänner du att vi tar kontakt/begär kopia på journalanteckningar		Ja ☐	Nej ☐
Behöver du tolk?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – vilket språk?			
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:			
Namn:		Telefon hem/mobil	

Underskrift	
Ort och datum:	Namn: