Region Värmland

Egen vårdbegäran
Neurologisk mottagning
Centralsjukhuset, Karlstad

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

Vårdbegäran skickas till Neurologisk mottagning, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad.
Märk kuvertet med ”Egen vårdbegäran”

Personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Adress		
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu söker för – ange hur länge besvären/symtomen har funnits, om de har förändrats över tiden och om du har provat någon behandling		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär/symtom någon annanstans inom sjukvården? Om du svarar ja – var och vilket år:	Ja ☐	Nej ☐
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom:	Ja ☐	Nej ☐
Tar du mediciner regelbundet? Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner:	Ja ☐	Nej ☐
Är du sjukskriven? Om du svarar ja – vilken Sjukskrivningsgrad:	Ja ☐ Sjukskriven t o m:	Nej ☐
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning?	Ja ☐	Nej ☐
Behöver du ha hjälp av tolk?	Ja ☐	Nej ☐

Information!
Utifrån din beskrivning ovan av dina besvär/symtom kan vi behöva hänvisa dig till din vårdcentral för en bedömning av nervsystemet om vi behöver veta resultatet från en sådan läkarundersökning

Ort och datum:	Namn