

Egen vårdbegäran

Kirurgmottagningen Karlstad

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Vårdbegäran skickas till Kirurgmottagningen, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad. Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn		Förnamn
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon dagtid	Telefon mobil och/eller arbete	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för. Ange hur länge besvären funnits! (fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till!)		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om ja, vilken mottagning och år?		Ja Nej
Har du någon allergi eller överkänslighet? Om ja, ange allergi eller överkänslighet:		Ja Nej
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, ange sjukdom du kontrolleras för		Ja Nej
Ange aktuella läkemedel du tar nedan (Även naturläkemedel)		
Namn	Styrka	Dosering
Är du sjukskriven? Om du svarar ja, ange sjukskrivningsgrad och hur länge du är sjukskriven.		Ja Nej
Ange längd (cm)		Ange vikt (kg)
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning?		Ja Nej
Ange eventuellt behov av tolk Språktolk Vuxendövtolk Dövsblindtolk Jag behöver inte tolk		Har någon hjälpt dig att fylla i denna vårdbegäran? Ja Nej Om ja, ange namn Ange telefonnummer
Underskrift Ort och datum		Namn