

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 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du sökt vård.

**Vårdbegäran skickas till Ortopedimottagningen, Sjukhuset Torsby, Box 502, 685 29 Torsby.
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"!**

Personnummer (ååmmdd-xxxx)			
Efternamn		Förnamn	
Gatuadress		Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Mobil	Yrke	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Uppge hur länge besvären har funnits och hur de begränsar dig!			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning/sjukhus och årtal?			
Godkänner du begäran av journalkopior från annan vårdgivare?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du träffat sjukgymnast för dina besvär?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – Bifoga kopia av sjukgymnastanteckning!			
Har du genomgått någon röntgenundersökning för dina besvär?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – var genomfördes undersökning och årtal?			
Är du sjukskriven?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad?		Sjukskriven t o m:	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja- vilken sjukdom?			
Har du någon allergi eller överkänslighet?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vad är du allergisk eller överkänslig mot?			
Aktuella mediciner du tar:			
Ange ev behov av tolk			
<input type="checkbox"/> Språktolk. Språk:			
<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk			

Underskrift	
Ort och datum:	Namn: