Egen vårdbegäran

Fysioterapimottagningen Sjukhuset Arvika

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Kontaktorsak, vad vill du ha hjälp med?		
Beskriv dina förväntningar i kontakten med fysioterapeut eller sjukgymnast:		
Har du blivit röntgad för dina nuvarande besvär? Om du svarar ja, var gjordes undersökningen och vilket år?	❑ Ja	❑ Nej
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja, vilken?	❑ Ja	❑ Nej
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:** Fysioterapimottagningen Sjukhuset 671 80 Arvika
Namnunderskrift:	Datum: