Egen vårdbegäran

Hudmottagningen Centralsjukhuset Karlstad
Hudsjukdom

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Lämna en kort beskrivning av de hudbesvär du söker för.
Hur länge har du haft hudbesvären?
Hur och med vad har du behandlat dina hudbesvär? Ange de krämer/salvor du använt samt använder nu.
Har du sökt vård tidigare för samma besvär någon annanstans inom sjukvården? ☐ Ja ☐ Nej Om du svarar ja – vilken mottagning och år:
Har du någon annan sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej Om du svarar ja – vilken/vilka sjukdomar:
Har du någon smittsam sjukdom, t.ex. HIV, hepatit, MRSA, ESBL, TBC, annan? ☐ Ja ☐ Nej Om du svarar ja – vilken/vilka sjukdomar:
Tar du någon medicin regelbundet? ☐ Ja ☐ Nej Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner:
Har du allergi? ☐ Ja ☐ Nej Om du svarar ja – vilken/vilka allergier:
Godkänner du att hudmottagningen hämtar journalkopior från annan mottagning? ☐ Ja ☐ Nej
Kan du kommunicera självständigt? ☐ Ja ☐ Nej Om du svara nej - ange behov av tolk ☐ Språktolk, vilket språk: ☐ Teckenspråkstolk ☐ Dövblindtolk ☐ Vuxendövtolk
Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten ange dennes namn och telefon. Namn: Telefon dagtid:

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 7 arbetsdagar. **Läs mer på:** 1177.se/varmland/egenvardbegaran	**Skicka blanketten till:** Hudmottagningen Centralsjukhuset 651 85 Karlstad
Namnunderskrift:	Datum: