Egen vårdbegäran

Laromottagningen, Centralsjukhuset, Karlstad

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

Lämna en kort beskrivning av aktuellt missbruk det senaste året.		
Har du kontakt med socialtjänsten? Om du svarar ja – hos vem? Samtycker du att vi kontaktar din socialtjänsthandläggare under utredningstiden?	☐ Ja ☐ Ja	☐ Nej ☐ Nej
Har du någon pågående behandlingskontakt för ditt narkotikaberoende? Om du svarar ja – hos vem?	☐ Ja	☐ Nej
Har du tidigare behandlats för narkotikaberoende? Om du svarar ja – var och hos vem?	☐ Ja	☐ Nej
Har du eller har du haft någon psykisk sjukdom? Kontrolleras du regelbundet för någon psykisk sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom, var och när?	☐ Ja ☐ Ja	☐ Nej ☐ Nej
Har du eller har du haft någon kroppslig sjukdom? Kontrolleras du regelbundet för någon kroppslig sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom, var och när?	☐ Ja ☐ Ja	☐ Nej ☐ Nej
Tar du några mediciner? Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner?	☐ Ja	☐ Nej
Är du sjukskriven? Om du svarar ja – hur många procent? Hur länge är du sjukskriven? För vad är du sjukskriven? Vem har sjukskrivit dig?	☐ Ja	☐ Nej

☐ Sammanboende	☐ Ensamboende	☐ Bostadslös	☐ Minderåriga barn
☐ Arbete	☐ Arbetssökande	☐ Studier	

Behöver du tolk? Om du svarar ja – vilket språk?	☐ Ja	☐ Nej
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten ange: Namn Telefon dagtid		

Samtycker du till att Laromottagningen, under utredningsperioden får inhämta information om dig ur Region Värmlands journalsystem samt dokumentation från andra regioner?	☐ Ja	☐ Nej
Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. **Läs mer på:** 1177.se/egenvardbegaran	**Skicka blanketten till:** Laromottagningen Psykiatrihuset, hus 1 Centralsjukhuset 651 85 Karlstad	
Namnunderskrift:	Datum:	