

Egen vårdbegäran Medicinmottagningen Torsby

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 du har sökt vård.

Vårdbegäran skickas till Medicinmottagningen, Sjukhuset, Box 502, 685 29 Torsby.

Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil och/eller arbete	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits! (Fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till!)		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		Ja ☐ Nej ☐
Om du svarar ja – vilken mottagning och år?		
Är du sjukskriven?		Ja ☐ Nej ☐
Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad?		Sjukskriven t o m:

Hälsodeklaration

Har du någon hjärtsjukdom? Ex Kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud.	
Nej ☐	Ja ☐
Har du högt blodtryck eller blodtrycksbehandling?	
Nej ☐	Ja ☐
Har du någon lungsjukdom? Ex Astma, KOL.	
Nej ☐	Ja ☐
Röker du?	
Nej ☐	Ja ☐ ; Antal cigaretter per dag?
Har du diabetes? Kost- tablett- eller insulinbehandlad.	
Nej ☐	Ja ☐ ; Behandling:
Har du någon njursjukdom?	
Nej ☐	Ja ☐
Har du någon lever- eller gallsjukdom?	
Nej ☐	Ja ☐
Har du någon led-, nerv- eller muskelsjukdom? Ex Reumatism, Epilepsi, MS.	
Nej ☐	Ja ☐
Har du någon sjukdom som smittar via blodet? Ex Hiv, hepatit.	
Nej ☐	Ja ☐
Blir du lätt åksjuk?	
Nej ☐	Ja ☐
Är du tidigare sjukhusvårdad?	
Nej ☐	Ja ☐ ; Årtal: Sjukhus och avdelning:
Är du opererad tidigare?	
Nej ☐	Ja ☐ ; Jag är opererad för:

Forts från sid 1		Medicinmottagningen, Torsby	
Namn		Personnummer (ååååmmdd-xxxx)	
Har du fått narkos- eller ryggbedövning tidigare?			
Nej ☐		Ja ☐ ;	
Har du eller någon nära släkting haft problem vid lokalbedövning eller narkos?			
Nej ☐		Ja ☐ ;	
Blöder du lätt eller ovanligt länge vid små sår eller vid tandläkarbehandling			
Nej ☐		Ja ☐ ;	
Har du problem med sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen?			
Nej ☐		Ja ☐ ;	
Har du nackproblem?			
Nej ☐		Ja ☐ ;	
Har du svårt att gapa?			
Nej ☐		Ja ☐ ;	
Har du haft blodpropp?			
Nej ☐		Ja ☐ ; jag har haft blodpropp i	
Är du överkänslig mot läkemedel eller något annat?			
Nej ☐		Ja ☐ ; mot:	
Har du någon annan sjukdom?			
Nej ☐		Ja ☐ ; sjukdom:	
Behöver du tolk			
Nej ☐		Ja ☐ ; språk:	
Har du hemhjälp			
Nej ☐		Ja ☐ ;	
Längd:		Vikt:	
Ange nedan de läkemedel du använder! (Även naturläkemedel)			
Namn	Styrka	Dosering	
Ytterligare upplysningar			
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning? Nej ☐ Ja ☐ ;			
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten – om ja – fyll i dennes kontaktuppgifter nedan!			
Namn		Telefon hem/mobiltelefon	

Underskrift	
Ort och datum:	Namn: