Region Värmland

Egen vårdbegäran
Medicinmottagningen Arvika

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, 671 80 Arvika.
Märk kuvertet med ”Egen vårdbegäran”

Personnummer (ééééammdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits!		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om du svarar ja – vilken mottagning och år?	Ja ☐	Nej ☐
Har du varit inlagd/utredd på medicinkliniken i Arvika tidigare? Om du svarar ja – vad var du inlagd/utredd för?	Ja ☐	Nej ☐
Har du någon allergi eller överkänslighet? Om du svarar ja – allergi/överkänslighet mot:	Ja ☐	Nej ☐
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom?	Ja ☐	Nej ☐
Tar du mediciner regelbundet? Om du svarar ja – vilken medicin/vilka mediciner? (Får du inte plats kan du fortsätta skriva på baksidan av remissen!)	Ja ☐	Nej ☐
Är du sjukskriven? Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad?	Ja ☐ Sjukskriven t o m:	Nej ☐
Ytterligare upplysningar? (Får du inte plats kan du fortsätta skriva på baksidan av remissen!)		
Godkänner du inhämtande av journalkopior från annan mottagning Om du svarar ja – vilken mottagning?	Ja ☐	Nej ☐
Ange ev behov av tolk ☐ Språktolk. Språk: ☐ Teckenspråkstolk	☐ Dövblindtolk ☐ Vuxendövtolk	
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter: Namn:	Ja ☐ Telefon hem/mobil	Nej ☐

Underskrift Ort och datum:	Namn: