

Egen vårdbegäran Laro-mottagningen

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig.

Vårdbegäran skickas till Laro-mottagningen, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)			
Efternamn		Förnamn	
Gatuadress		Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil		Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av aktuellt missbruk det senaste året – opioid (t ex Subutex, Suboxone, Tramadol, Oxycontin) / opiat (Heroin, Morfin, Opium).			
Tidigare opioid/opiat beroende.			
Har du kontakt med Socialtjänsten? Om du svarar ja – hos vem?		Ja ☐	Nej ☐
Har du pågående behandlingskontakt för ditt narkotikaberoende? Om du svarar ja – hos vem?		Ja ☐	Nej ☐
Har du tidigare behandlats för narkotikaberoende? Om du svarar ja – vad och hos vem?		Ja ☐	Nej ☐
Har du eller har du haft någon psykisk sjukdom? Om du svarar ja – vad och när?		Ja ☐	Nej ☐
Kontrolleras du regelbundet för någon somatisk/psykisk sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom?		Ja ☐	Nej ☐
Tar du några mediciner? Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner?		Ja ☐	Nej ☐
Är du sjukskriven? Om du svarar ja – Vilken sjukskrivningsgrad?		Ja ☐	Nej ☐
För vad är du sjukskriven?		Sjukskriven t o m: Vem har sjukskrivit dig:	
☐ Sammanboende	☐ Ensamboende	☐ Minderåriga barn	☐ Bostadslös
☐ Arbete	☐ Studier	☐ Arbetssökande	☐ Pensionär
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning		Ja ☐	Nej ☐
Behöver du tolk? Om du svarar ja – vilket språk?		Ja ☐	Nej ☐
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter: Namn:		Ja ☐	Nej ☐
		Telefon hem/mobil	

Underskrift	
Ort och datum:	Namn: