

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 Psykiatriska öppenvården, Hagfors, Box 704, 683 29 Hagfors
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååmmdd-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.			
Hur länge har besvären funnits?			
Har du pågående behandlingskontakt för dina psykiska besvär?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – hos vem?			
Har du tidigare behandlats för dina psykiska besvär?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – för vad och hos vem?			
Har du eller har du haft något missbruk?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – vad och när?			
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – vilken sjukdom?			
Tar du några mediciner?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner?			
Är du sjukskriven?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – Vilken sjukskrivningsgrad?		Sjukskriven t o m:	
För vad är du sjukskriven?		Vem har sjukskrivit dig:	
☐ Sammanboende	☐ Ensamboende	☐ Minderåriga barn	
☐ Arbete	☐ Studier	☐ Arbetssökande	☐ Pensionär
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning		Ja ☐	Nej ☐
Behöver du tolk?		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – vilket språk?			
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten		Ja ☐	Nej ☐
Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:		Telefon hem/mobil	
Namn:			

Underskrift

Ort och datum:

Namn: