

Ankomstdatum:

Här kan du göra en egen vårdbegäran till beteendemedicin om du vill få stöd att ändra dina levnadsvanor.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Listad vid hälsocentral/sjukstuga
Beskriv kort de levnadsvanor som du behöver stöd med att förändra. Det kan till exempel vara kost och fysisk aktivitet:		
Har du tidigare försökt att förändra dina levnadsvanor? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hur fungerade det för dig?		
Hur mycket väger du? Ange i kilo.		
Hur lång är du? Ange i centimeter:		
Vad har du för midjemått? Ange i centimeter:		
Programmet kräver tid och engagemang av dig som patient. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Upplever du att du har tid och möjlighet att delta?		
Har du behov av tolk? <input type="checkbox"/> Nej Ja <input type="checkbox"/> Språktolk Ja <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk Ja <input type="checkbox"/> Dövsblindtolk Ja <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk		
Har någon annan hjälpt dig att fylla i blanketten? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange vem? Kontaktuppgifter till den som hjälpt dig:		
Godkänner du att vi skickar en kopia av svaret på din vårdbegäran till din hälsocentral eller behandlande läkare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Ort och datum		Namnunderskrift