

Ankomstdatum:

### Utprovning av hörapparat

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din egen vårdbegäran kommer du att informeras om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till enheten.

Du behöver ha undersökt hörselgången och gjort ett hörselprov på din hälsocentral.  
Resultaten från undersökningarna får inte vara äldre ett år.

Du kan inte göra en egen vårdbegäran om något av följande stämmer in på dig:

- Du har redan en hörapparat.
- Du är 59 år eller yngre.
- Du har tinnitus eller yrsel.
- Din hörselnedsättning skiljer sig åt mellan öronen, så kallad asymmetrisk hörselnedsättning.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Listad vid hälsocentral/sjukstuga
<b>Ange din huvudsakliga sysselsättning:</b> <input type="checkbox"/> Yrkesarbetande <input type="checkbox"/> Mindre än 30 minuter <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Annat:		
<b>Är du sjukskriven på grund av besvär som har med din hörsel att göra?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
<b>Beskriv dina besvär med hörseln:</b>		
<b>Hur länge har du haft besvär med din hörsel?</b>		
<b>I vilka situationer upplever du att du behöver en hörapparat?</b>		
<b>Har du sökt vård tidigare för besvär med hörseln?</b> <input type="checkbox"/> Ja Ange mottagning och årtal: <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja. Samtycker du att vi tar del av din journal från andra vårgivare inom Region Västerbotten? Om du inte samtycker blir det svårare för hörcentralen att bedöma dina behov av hörselrehabilitering. <input type="checkbox"/> Ja, jag samtycker. <input type="checkbox"/> Nej, jag samtycker inte		
<b>Har du fått hörselvård i någon annan region?</b> <input type="checkbox"/> Ja. Kontakta gärna den regionen och be dem skicka journalkopior till oss. <input type="checkbox"/> Nej		

**Stämmer något av följande in på dig?**

- Jag har en synnedsättning och har kontakt med synrehabiliteringen.
- Jag har en demenssjukdom eller annan kognitiv nedsättning

**Ange behov av tolk?**

- Skrivtolk
- Teckenspråkstolk
- Dövblindtolk
- Språktolk, ange språk:

**Har du möjlighet att komma på besök med kort varsel, inom ett dygn**

- Ja
- Nej

**Samtycker du till att påminnelse om bokad tid skickas till dig via sms?**

- Ja
- Nej

**Har du fått hjälp att fylla i blanketten?**

- Ja, ange namn och telefon till den som hjälpt dig:
- Nej

---

Datum

---

Namnteckning, den som söker vård

**Skicka blanketten till:**

Hörcentralen  
Lycksele sjukhus  
Hedlundavägen  
921 82 Lycksele

Hörcentralen  
Skellefteå sjukhus  
Lasarettsvägen  
931 86 Skellefteå

Hörcentralen  
Norrlands universitetssjukhus  
901 85 Umeå