region västerbotten

Egen vårdbegäran till hörcentralen

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

Ange din huvudsakliga sysselsättning:

❏ Yrkesarbetande
❏ Pensionär
❏ Studerande
❏ Arbetssökande
❏ Annat:

Är du sjukskriven på grund av besvär som har med din hörsel att göra?

❏ Ja
❏ Nej

Beskriv dina besvär med hörseln:

Hur länge har du haft besvär med din hörsel?

I vilka situationer upplever du att du inte hör tillräckligt?

Har du sökt vård tidigare för besvär med hörseln?

❏ **Ja** **Ange mottagning och årtal:**

❏ 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.

❏ Ja, jag samtycker.
❏ Nej, jag samtycker inte

Har du fått hörselvård i någon annan region?

❏ Ja. Kontakta gärna den regionen och be dem skicka journalkopior till oss.
❏ 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

Daturm

Namnteckning, den som söker vård

Skicka blanketten till:

Hörcentralen
Lycksele sjukhkus
Hedlundavägen
921 82 Lycksele

Hörcentralen
Skellefteå sjukhus
Dr. Nygrens gata 17
931 86 Skellefteå

Hörcentralen
Norrlands universitetssjkhus
901 85 Umeå