

Blanketten skickas till:
Arbets- och miljömedicin
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

Egen vårdbegäran till arbets- och miljömedicin

Ankomstdatum:

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.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Listad vid hälsocentral/sjukstuga
Har du en anställning? Om ja, ange arbetsplats: _____ och yrke: _____		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits.		
Beskriv vad du vill ha hjälp med av arbets- och miljömedicin:		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär på en sjukvårdsmottagning/klinik? Om Ja, ange vilken: _____ och årtal: _____		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du sökt vård tidigare för samma besvär hos företagshälsovård? Om Ja, vid vilken: _____ och årtal: _____		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom Om Ja, uppge sjukdom: _____		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Tar du medicin regelbundet? Om Ja, uppge mediciner: _____		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Är du sjukskriven? Om ja, ange sjukskrivningsgrad: _____ och hur länge du varit sjukskriven: _____		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Ytterligare upplysningar:		

Ange eventuellt behov av tolk:
Ange språk:

Ort och datum

Namnunderskrift