

Ankomstdatum:

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att informeras om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Egen vårdbegäran går inte att använda vid undersökningar som t.ex. röntgen och provtagning.

Namn		Personnummer	
Gatuadress		Postnummer och postadress	
Telefon hem/mobiltelefon		Listad vid hälsocentral/sjukstuga	
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du söker för och vad du vill ha hjälp med. Ange hur länge besvären har funnits.			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om du svarar ja – vilken mottagning och årtal?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Tar du mediciner regelbundet? Om du svarar ja – vilken medicin/mediciner?			
Är du sjukskriven nu? Om jag ange fr.om–t.o.m.:		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hur lång är du?		Hur mycket väger du?	
Ange eventuellt behov av tolk			
<input type="checkbox"/> Språktolk, språk:	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk	<input type="checkbox"/> Vuxendövtolk
Godkänner du att kliniken/mottagningen tar del av dina journaluppgifter?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Underskrift			
Ort och datum		Namnteckning	

Blanketten skickas till:
Kirurgiskt centrum, Lycksele lasarett
921 82 Lycksele