

Lycksele lasarett Skellefteå lasarett Norrlands universitetssjukhus

Namn på mottagning/klinik _____ vid _____

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. Ange även eventuell sjukskrivning (fr.om–t.o.m.)			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om du svarar ja – vilken mottagning och årtal?			
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om du svarar ja – vilken sjukdom?			
Tar du mediciner regelbundet? Om du svarar ja – vilken medicin/mediciner?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ange eventuellt behov av tolk			
<input type="checkbox"/> Språktolk, språk:	<input type="checkbox"/> Teckenspråktolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk	<input type="checkbox"/> Vuxendövtolk

Underskrift	
_____	_____
Ort och datum	Namn/teckning

Blanketten skickas direkt till mottagningen/kliniken.**Ange mottagningens namn och adress till valt sjukhus/lasarett på kuvertet. Se adresser nedan.**