

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte fått besked inom 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du sökt vård

Vårdbegäran skickas till Urologmottagningen, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad.
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååmmdd-xxxx)			
Efternamn		Förnamn	
Gatuadress		Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil		Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Uppge hur länge besvären har funnits!			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Ja ☐ Nej ☐			
Om du svarar ja – vilken mottagning och årtal?			
Har du någon allergi eller överkänslighet? Ja ☐ Nej ☐			
Om du svarar ja – allergi/överkänslighet mot:			
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Ja ☐ Nej ☐			
Om du svarar ja – vilken sjukdom?			
Tar du mediciner regelbundet? Ja ☐ Nej ☐			
Om du svarar ja – vilken medicin/vilka mediciner?			
Är du sjukskriven? Ja ☐ Nej ☐			
Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad? Sjukskriven t o m:			
Ytterligare upplysningar?			
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning Ja ☐ Nej ☐			
Ange ev behov av tolk ☐ Språktolk. Språk: ☐ Teckenspråktolk ☐ Dövsblindtolk ☐ Vuxendövtolk			
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten Ja ☐ Nej ☐			
Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:			
Namn:		Telefon hem/mobil	

Underskrift

Ort och datum:

Namn: