

Egen vårdbegäran

Vi bedömer din begäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Det betyder att det alltid är det medicinska behovet som avgör vilken vård du har rätt till. Du får svar från oss inom 14 arbetsdagar. Mer information om egen vårdbegäran kan du få på 1177 Vårdguidens webbplats 1177.se, eller genom att kontakta den mottagning det gäller.

Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)		
-		
Efternamn	Förnamn	
Adress, postnummer och postadress		
Telefon till bostaden	Telefon till arbetet	Mobiltelefon
Yrke/sysselsättning		
Längd: cm	Vikt: kg	Röker du? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Behöver du tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Språktolk. Vilket språk?		
<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk		
Gäller vårdbegäran barn/ungdom under 18 år, skriv vilken barnavårdscentral och/eller skola barnet/ungdomen går på.		

1. Ge en kort beskrivning av besvären som du vill söka vård/behandling för. Hur länge har du haft dem? Har besvären orsakats av olycka (trauma)? Har de försämrats, förbättrats eller är de oförändrade? Hur påverkar de ditt dagliga liv?

2. Har du sökt vård/behandling hos annan läkare eller vårdpersonal för de besvär du söker för hos oss?
 Nej Ja, ange när, hos vem och på vilken hälsocentral/vårdcentral eller motsvarande

3. Har du tidigare blivit undersökt eller utredd för de besvär som du nu söker för?
Exempel på undersökningar och utredningar är provtagning, röntgen, EKG och ultraljud

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange typ av undersökning/utredning samt var och när?



Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)	
-	
Efternamn	Förnamn

4. Är du eller har du varit sjukskriven för besvären som du nu söker vård för?

Nej Ja, ange sedan när och av vilken läkare

--

5. Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom eller besvär?

Nej Ja, ange vilken/vilka, hos vilken läkare eller annan vårdpersonal och på vilken hälsocentral/vårdcentral eller motsvarande

--

Jag tillåter att journalkopior beställs från ovanstående läkare/behandlare inför besöket.

6. Tar du några mediciner för närvarande?

Nej Ja, ange vilka och dosering. Bifoga gärna en kopia av din läkemedelslista.

Läkemedelsnamn

Styrka

Dosering

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Blanketten är en journalhandling. Uppgifterna som du lämnar är skyddade enligt sekretesslagen.

Skicka blanketten till:

Mottagningens namn

Östersunds sjukhus, 831 83 Östersund

Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran".

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning. (Skriv under för hand)

Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten – fyll i dennes namn och telefon dagtid.

(Gäller egen vårdbegäran ett barn – fyll i kontaktuppgifter till vårdnadshavare)

.....
Är personen en anhörig eller närstående till dig?

Ja Nej