

Egen vårdbegäran

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Om din vårdbegäran godkänns ska du få tid inom 90 dagar enligt vårdgarantin.

| | |
|--|-----------|
| Personnummer | |
| Förnamn | Efternamn |
| Adress | |
| Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid | |

| | |
|--|--|
| Kontaktorsak, vad vill du ha hjälp med? | |
| | |
| Har du tidigare sökt vård för dina besvär? Om du svarar ja, ange var och när. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja, vilken? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Kort sjukdomshistoria: | |
| | |
| Jag godkänner att ni begär journalkopior och får läsa journal från annan mottagning? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Kan du kommunicera självständigt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk, vilket språk? | Har du personlig assistent eller behov av hjälp med ADL? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

| | |
|---|--|
| Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten, ange dennes namn och telefon dagtid | |
| Namn: _____ | Telefon: _____ |
| Är ovanstående person anhörig/närstående till dig? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

Ifylld blankett postas till Hudmottagningen, Sunderby sjukhus, 97180 Luleå.

Du får besked om vår remissbedömning cirka 2 veckor efter att vi erhållit din blankett.

Observera att du måste skriva under blanketten, annars är den inte giltig!

Namnunderskrift:

Datum:
