

## Egen vårdbegäran

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Kontaktorsak, vad vill du ha hjälp med?	
Beskriv dina förväntningar med besök hos oss	
Har du utretts för dina besvär? Om du svarar ja, var gjordes undersökningen och vilket år? <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:  Om du har en diagnos, ange vilken:	
Din sysselsättning idag? <input type="checkbox"/> Arbetar .....% <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerar /Arbetssökande <input type="checkbox"/> Sjukskriven/Sjukersättning.....%	
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	

**Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Ifylld blankett postas till Rehabiliteringsmedicin, Sunderby sjukhus, 97180 Luleå. Om du fått blanketten av oss vill vi ha tillbaka den inom 7-10 dagar. Du får besked om vår remissbedömning cirka 1-2 veckor efter att vi erhållit din blankett.**

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

**Namnunderskrift:**

**Datum:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_