

Egen vårdbegäran – Medicin Rehabilitering

Personnummer (ååmmdd-xxxx)	
Efternamn	Förnamn
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefonnummer dagtid, mobilnummer	
Kontaktorsak, vad vill du ha hjälp med?	
Beskriv dina förväntningar med besök hos oss	
Har du utretts för dina besvär?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning/sjukhus och vilket år?	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja, vilken?	
Kort sjukdomshistoria	
Om du har en diagnos, ange vilken:	
Jag godkänner att ni begär journalkopior och får läsa journal från annan mottagning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kan du kommunicera självständigt?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk, ange språk:	
Har du personlig assistent eller behov av hjälp med ADL?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten, ange dennes namn och telefon dagtid	
Namn:	Telefon:
Är ovanstående person anhörig/närstående till dig?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<p>Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Ifylld blankett skickas till Gällivare sjukhus, Medicin Rehabiliteringskliniken, 982 82 Gällivare. Du får besked om vår bedömning inom cirka 14 arbetsdagar efter att vi erhållit din blankett.</p>	
Underskrift	
----- Namn	----- Datum