

Egen vårdbegäran

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Adress

Mobilnummer, telefonnummer dagtid

Kontaktorsak, vad vill du ha hjälp med:

Beskriv dina förväntningar med besök hos oss:

Har du utretts för dina besvär?

Ja Nej

Om du svarar ja, var gjordes undersökningen och vilket år?

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?

Ja Nej

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 Nej

Kan du kommunicera självständigt?

Ja Nej

Om behov av tolk

 Språktolk, vilket språk?

Har du personlig assistent eller behov av hjälp med ADL?

Ja 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?

Ja Nej

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Ifylld blankett skickas till Piteå sjukhus, Medicin- och rehabiliteringskliniken, Box 715, 941 28 Piteå.

Du får besked om vår bedömning inom cirka 14 arbetsdagar efter att vi erhållit din blankett.

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

Namnunderskrift

Datum
