

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om du svarar ja, var gjordes undersökningen och vilket år?	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<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 Neurologmottagningen, Sunderby sjukhus, 97180 Luleå. 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:
