

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig.

**Vårdbegäran skickas till Psykiatriska öppenvården, Bryggaregatan 1, 653 40 Karlstad**  
**Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"**

Personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn		Förnamn
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon bostad	Telefon mobil	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.		
Hur länge har besvären funnits?		
Har du pågående behandlingskontakt för dina psykiska besvär? Om du svarar ja – hos vem?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du tidigare behandlats för dina psykiska besvär? Om du svarar ja – för vad och hos vem?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du eller har du haft något missbruk? Om du svarar ja – vad och när?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja – vilken sjukdom?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Tar du några mediciner? Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Är du sjukskriven? Om du svarar ja – Vilken sjukskrivningsgrad?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
För vad är du sjukskriven?		Sjukskriven t o m: Vem har sjukskrivit dig:
<input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Minderåriga barn		
<input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Pensionär		
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Behöver du tolk? Om du svarar ja – vilket språk?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter: Namn:		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Telefon hem/mobil

Underskrift

Ort och datum:

Namn: