

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning. Vi kommer att bedöma din vårdbegäran inom 10 arbetsdagar.

**Vårdbegäran skickas till Reumatologimottagningen, Medicinkliniken, Centralsjukhuset, 651 85 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. Uppge hur länge besvären har funnits!		
Har du sökt vård tidigare för dessa besvär?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning och årtal?		
Har du någon allergi eller överkänslighet?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – allergi/överkänslighet mot:		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukdom?		
Tar du mediciner regelbundet?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken medicin/vilka mediciner?		
Är du sjukskriven?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad?		Sjukskriven t o m:
Ytterligare upplysningar?		
Godkänner du begäran av journalkopior från annan vårdgivare?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ange ev behov av tolk		
<input type="checkbox"/> Språktolk. Språk:		<input type="checkbox"/> Teckenspråktolk
<input type="checkbox"/> Dövblindtolk		<input type="checkbox"/> Vuxendövtolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:		
Namn:		Telefon hem/mobil
Underskrift		
Ort och datum:		Namn: