

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. Om du inte har fått besked inom 10 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning du har sökt vård.

**Vårdbegäran skickas till Mag-tarmmottagningen, Internmedicin, 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 mottagning		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: