



Egen vårdbegäran Kirurgmottagningen Torsby

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 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning du har sökt vård.

**Vårdbegäran skickas till Kirurgmottagningen, Sjukhuset, Box 502, 685 29 Torsby.
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"**

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil och/eller arbete	Vårdcentral
lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits! (Fortsätt på baksidan om utrymmet inte räcker till!)		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning och år?		
Är du sjukskriven?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad?		Sjukskriven t o m:

Hälsodeklaration

Har du någon hjärtsjukdom? Ex Kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud. Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Har du högt blodtryck eller blodtrycksbehandling? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Har du någon lungsjukdom? Ex Astma, KOL. Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Röker du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; Antal cigaretter per dag?
Har du diabetes? Kost- tablett- eller insulinbehandlad. Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; Behandling:
Har du någon njursjukdom? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Har du någon lever- eller gallsjukdom? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Har du någon led-, nerv- eller muskelsjukdom? Ex Reumatism, Epilepsi, MS. Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Har du någon sjukdom som smittar via blodet? Ex Hiv, hepatit. Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Blir du lätt åksjuk? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;
Är du tidigare sjukhusvårdad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; Årtal: Sjukhus och avdelning:
Är du opererad tidigare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; Jag är opererad för:

Forts från sid 1		Kirurgmottagningen Torsby	
Namn		Personnummer (ååååmmdd-xxxx)	
Har du fått narkos- eller ryggbedövning tidigare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Har du eller någon nära släkting haft problem vid lokalbedövning eller narkos? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Blöder du lätt eller ovanligt länge vid små sår eller vid tandläkarbehandling Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Har du problem med sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Har du nackproblem? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Har du svårt att gapa? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Har du haft blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; jag har haft blodpropp i			
Är du överkänslig mot läkemedel eller något annat? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; mot:			
Har du någon annan sjukdom? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; sjukdom:			
Behöver du tolk Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ; språk:			
Har du hemhjälp Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Längd:		Vikt:	
Ange nedan de läkemedel du använder! (Även naturläkemedel)			
Namn	Styrka	Dosering	
Ytterligare upplysningar			
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ;			
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten – om ja – fyll i dennes kontaktuppgifter nedan!			
Namn		Telefon hem/mobiltelefon	

Underskrift	
Ort och datum:	Namn: