

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Lämna en kort beskrivning av de besvär du söker för.		
Hur länge har du haft besvären?		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär någon annanstans inom sjukvården?	Ja	Nej
Om du svarar ja – vilken mottagning och år:		
Varför söker du direkt till öron-, näs- och halskliniken?		
Har du någon annan sjukdom?	Ja	Nej
Om du svarar ja – vilken sjukdom:		
Tar du någon medicin regelbundet?	Ja	Nej
Om du svarar ja – vilken/vilka mediciner:		
Har du någon smittsam sjukdom, t.ex. HIV, hepatit, MRSA, ESBL, TBC, annan?	Ja	Nej
Om du svarar ja – vilken/vilka sjukdomar:		
Har du allergi?	Ja	Nej
Om du svarar ja – vilken allergi:		
Godkänner du att öron-, näs- och halsmottagningen hämtar journalkopior från annan mottagning?	Ja	Nej
Kan du kommunicera självständigt?	Ja	Nej
Ange behov av tolk		
<input type="checkbox"/> Språktolk, vilket språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk		
Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten ange dennes namn och telefon.		
Namn:	Telefon dagtid:	

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 14 arbetsdagar.	Skicka blanketten till: Öron-, näs- och halssjukvården Centralsjukhuset 651 85 Karlstad
Läs mer på: 1177.se/varmland/egenvardbegaran	
Namnunderskrift:	Datum: