

## Egen vårdbegäran

### Hörsel- och balansmottagningen Akademiska sjukhuset

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

**Vårdbegäran skickas till Akademiska sjukhuset, Hörsel- och balansmottagningen, 751 85 Uppsala.  
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"**

Personnummer (ååååmmdd-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. Ange 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 år?			
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?			
Samtycker du till att vi vid behov tar del av dina tidigare journaluppgifter från andra vårdgivare?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning?			
Ange ev behov av tolk		<input type="checkbox"/> Dövblindtolk	
<input type="checkbox"/> Språktolk. Språk:		<input type="checkbox"/> Vuxendövtolk	
<input type="checkbox"/> Teckenspråktolk			
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:	