

Egen vårdbegäran

Plastikkirurgmottagningen 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, Plastikkirurgmottagningen, 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: |