

Ankomstdatum:

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att informeras om vart du ska söka vård. Om du inte har fått besked inom 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge du känt av dem.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Mottagning och årtal: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du blivit strålbehandlad i prostata eller bäckenregionen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Allergi/överkänslighet mot:		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukdom:		
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mediciner:		
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukskrivningsgrad: _____ t o m: _____		
Ytterligare upplysningar		Kryssa i rutan om du söker vård enligt reglerna för valfrihet (se villkor på 1177.se)
Ange eventuellt 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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, fyll i personens kontaktuppgifter nedan		
Namn		Telefon hem/mobiltelefon

Med din underskrift samtycker du till att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare, om vi behöver det för att bedöma din vårdbegäran.

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Blanketten skickas till:

Carlshamns Specialistklinik
Drottninggatan 42
374 35 Karlshamn