



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Egen vårdbegäran
Rehabiliteringsmedicinska
mottagningen

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, Rehabiliteringsmedicinska mottagningen, 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? Om du svarar ja- vilken mottagning och år?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon allergi eller överkänslighet? Om du svarar ja- allergi/överkänslighet mot:		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja- vilken sjukdom?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tar du mediciner regelbundet? Om du svarar ja- vilken medicin/vilka mediciner?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du sjukskriven? Om du svarar ja- vilken sjukskrivningsgrad?	Sjukskriven t o m:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ytterligare upplysningar?			
Samtycker du till att vi vid behov tar del av dina tidigare journaluppgifter från andra vårdgivare? Om du svarar ja- vilken mottagning?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ange ev 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? Om du svarar ja- fyll i dennes kontaktuppgifter: Namn: Telefon hem/mobil		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Underskrift			
Ort och datum:		Namn	