Region Örebro län

Audiologiska kliniken – egen vårdbegäran

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör du av dig till den mottagning där du sökt vård.

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	
Postnummer och postadress:	
Telefon hem/mobiltelefon:	
Behöver du tolk? Ange vilket språk:	
Upplever du att du har nedsatt hörsel? ☐Nej ☐Ja Om ja, hur länge har du upplevt att du haft nedsatt hörsel? **Om din hörsel plötsligt försämrats, det vill säga för 1-2 dagar sedan, ska du genast kontakta sjukvårdsrådgivningen på telefonnummer 1177.**	
Har du ont i öronen eller upplever lockkänsla? ☐Nej ☐Ja Om ja, ska du kontakta vårdcentral	
Har du öronsus eller annat ljud i öronen (tinnitus)? ☐Nej ☐Ja Om ja, hur länge har du upplevt att du haft besvär? Om ja, påverkar tinnitus din sömn, koncentrationsförmåga och/eller mående? ☐Nej ☐Ja Om ja, kan du hantera din vardag trots tinnitus? ☐Nej ☐Ja	
Vilken är den främsta anledningen till att du söker vård hos audiologiska kliniken? Välj ett alternativ. ☐ Upplever nedsatt hörsel och önskar få hörhjälpmedel ☐ Önskar endast få hörseln kontrollerad ☐ Upplever tinnitus ☐ Annat:	
Misstänker du att du har vaxproppar? ☐Nej ☐Ja Om ja, ska du kontakta vårdcentral	
Har du tidigare haft kontakt med hörselvård, öronmottagning eller vårdcentral? När: Var: Orsak:	
Finns det något annat som är viktigt för oss att veta?	
Vilken mottagning önskar du besöka? ☐ Örebro ☐Karlskoga ☐Lindesberg	

Underskrift

_____ _____

Ort och datum Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Blanketten skickas till följande adress: Audiologiska mottagningen, Universitetssjukhuset Örebro, 701 85 Örebro