Fokus klinik
Telefon 019-10 17 30

Fyll i blanketten på skärmen. Använd tab för förflyttning mellan fälten. Spara ner och skriv ut för namnunderskrift.

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum:

Rensa

Fokus klinik - Ögonkliniken

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 av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon	Vårdcentral
Varför söker du ögonvård? Lämna en kort beskrivning av dina ögonbesvär.	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? ☐ Nej ☐ Ja Mottagning och årtal:	
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja Sjukdom:	
Ytterligare upplysningar	
Tolk? Ange vilket språk:	

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

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

Blanketten skickas till:

Fokus klinik
Kortévägen 1
702 17 Örebro