Region Örebro län

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

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum:

Rensa

Öron-, näs- och halsmottagningen

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
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.	
Hur länge har du haft besvären?	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? ☐ Nej ☐ Ja Mottagning och årtal:	
Äter du några mediciner regelbundet? ☐ Nej ☐ Ja Mediciner:	
Kontrolleras du för någon annan sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja Sjukdom och mottagning:	
Har du någon smittsam 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 ska skickas till:

Öron-, näs- och halsmottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro

2015-08-20