Region Örebro län

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

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum:

Rensa

Venöst Centrum

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. **Bifoga gärna foto av benen.**

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon	Vårdcentral

Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Hur påverkar besvären din vardag?

Vilket ben? ☐ Höger ☐ Vänster ☐ Båda

Hur länge har du haft de aktuella besvären?

Har du sökt vård tidigare för samma besvär? ☐ Nej ☐ Ja

Mottagning och årtal:

Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja

Sjukdom:

Tar du blodförtunnande läkemedel? ☐ Nej ☐ Ja

Om ja, ange vilket:

Längd: Vikt:

Tolk? Ange vilket språk:

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

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

Blanketten skickas till:

Venöst Centrum
Karlskoga lasarett
691 81 Karlskoga