

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få 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.

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon	Hälsocentral
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 samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mottagning och årtal:	
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Allergi/överkänslighet mot:	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukdom:	
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mediciner:	
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukskrivningsgrad, sjukskriven t o m:	
Ytterligare upplysningar.	
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Ange eventuellt behov av tolk. <input type="checkbox"/> Språktolk. Språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten, om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Skickas till <b>Närsjukhuset i Sandviken</b> <b>Smärtrehabteamet -232-</b> <b>811 89 Sandviken</b>
Namn	
Telefon hem/mobiltelefon	