

Ankomstdatum:

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att informeras om var du ska söka vård. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress	
Telefon hem/mobiltelefon	Vårdcentral	
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		Mottagning:
Ytterligare upplysningar		
Tolk. Ange vilken:		Kryssa i rutan om du söker vård enligt reglerna för valfrihet (se villkor på 1177.se)

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

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

Blanketten skickas till:

Cario Läkargruppen
Hjärtmottagningen
Box 344
701 46 Örebro