

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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Äter du några mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mediciner:		
Kontrolleras du för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom och mottagning:		
Har du någon smittsam sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk:		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, till exempel via NPÖ, om vi behöver det för att bedöma din vårdbegäran.

Blanketten skickas till nedanstående adress:

Cario Läkargruppen
Öron-näs-halsmottagningen
Box 344, 701 46 Örebro