

Ortopedmottagningen - hand

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.		
Är du höger eller vänsterhänt? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		
Har du tidigare skadat hand eller underarm? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du tidigare röntgat dina händer/underarmar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Har du tidigare opererats i hand eller underarm? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Vilken behandling har du haft för detta problem? T ex läkemedel, operation, ortos/stöd, sjukgymnastik		
Har du tidigare sökt vård 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:		
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Allergi/överkänslighet:		
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: T o m:
Ytterligare upplysningar		
Längd:		Vikt:
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**Blanketten skickas till nedanstående adress:**

Capio Läkargruppen
Ortopedmottagningen
Box 344
701 85 Örebro



Ankomstdatum:

Ortopedmottagningen

Här kan du som lämnar in en egen vårdbegäran till ortopedmottagningen komplettera dina uppgifter om du vill genom att rita var du har besvär.

Namn		Personnummer	
Markera på följande sätt: S: Smärta D: Domningar/pirningar/stickningar R: Rörelseinskränkning/upphakning K: Knöl		Blanketten skickas till: Cario Läkargruppen Ortopedmottagningen Box 344 701 46 Örebro	