

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.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mottagning och årtal:		
Har du träffat sjukgymnast för dina besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Fysioterapimottagning och årtal:		
Har du genomgått röntgen för dina besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Röntgenmottagning och årtal:		
Vill du bli opererad för dina besvär om det är möjligt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukdom:		
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Mediciner:		
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.**Blanketten skickas till nedanstående adress:**

Cario Läkargruppen
Ortopedmottagningen
Box 344
701 46 Örebro