



För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att informeras om vart du ska söka vård. Om du inte har fått besked inom 14 arbetsdagar 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. Ange hur länge du känt av dem.		
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: _____ t o m: _____		
Ytterligare upplysningar		Kryssa i rutan om du söker vård enligt reglerna för valfrihet (se villkor på 1177.se)
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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, fyll i personens kontaktuppgifter nedan		
Namn		Telefon hem/mobiltelefon

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

**Blanketten skickas till:**

Cario Läkargruppen  
Kvinnomottagningen  
Box 344  
701 46 Örebro