

Egen vårdbegäran
Ortopedi

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning.

Vårdbegäran skickas till närmaste ortopedmottagning:

Sunderby sjukhus, 971 80 Luleå

Piteå sjukhus, Box 915, 941 28 Piteå

Gällivare sjukhus, 982 92 Gällivare

Personnummer (ååmmdd-xxxx)			
Efternamn		Förnamn	
Gatuadress		Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Mobil	Yrke	Hälsocentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för. Uppge hur länge besvären har funnits och hur de besvärar dig!			
Har du sökt tidigare för samma besvär?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukhus/mottagning och årtal			
Godkänner du begäran av journalkopior från annan vårdgivare?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du träffat sjukgymnast för dina besvär?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning/sjukhus och årtal			
Har du genomgått någon röntgenundersökning för dina besvär?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – var genomfördes undersökningen och årtal? (om utanför Region Norrbotten bifoga bilder på CD)			
Är du sjukskriven?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukskrivningsgrad?			
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukdom?			
Har du någon allergi eller överkänslighet?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – mot vad?			
Aktuella mediciner du tar:			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ange ev. behov av tolk			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Språktolk, språk:			
<input type="checkbox"/> Teckenspråktolk:			
Underskrift		Namn:	
Ort och datum:			