



Egen vårdbegäran Gynekologmottagningen Lasarettet i Enköping

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Vårdbegäran skickas till Lasarettet i Enköping, Gynekologmottagningen, Box 908, 745 25 Enköping

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)		
Efternamn		Förnamn
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon bostad	Telefon mobil	Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits!		
Har du sökt vård tidigare för dessa besvär?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning och år?		
Har du någon allergi eller överkänslighet?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – allergi/överkänslighet mot:		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken sjukdom?		
Tar du mediciner regelbundet?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken medicin/vilka mediciner?		
Ytterligare upplysningar?		
Samtycker du till att vi vid behov tar del av dina tidigare journaluppgifter från andra vårdgivare?		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – vilken mottagning?		
Ange ev behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk. Språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråktolk		<input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:		
Namn:		Telefon hem/mobil
Underskrift		
Ort och datum:		Namn: