

# Egen vårdbegäran

Musik- och bildterapiomtagningen Centralsjukhuset

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	
Kontaktsak, vad vill du ha hjälp med?	
Beskriv dina förväntningar i kontakten med musik- och bildterapeut:	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om du svarar ja, vilken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Övriga upplysningar:	
Jag godkänner att ni begär journalkopior från annan mottagning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Kan du kommunicera självständigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ange behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk, vilket språk: _____ <input type="checkbox"/> Teckenspråktolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk	
Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten ange dennes namn och telefon dagtid.  Namn: _____ Telefon: _____	
Är ovanstående person anhörig till dig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 14 arbetsdagar.  <b>Läs mer på:</b> <a href="http://1177.se/varmland/egenvardbegaran">1177.se/varmland/egenvardbegaran</a>	<b>Skicka blanketten till:</b> Fysioterapiomtagningen Rehabiliteringsenheten Centralsjukhuset 651 85 Karlstad
Namnunderskrift:	Datum: