



## Audiologiska kliniken, barn och ungdom, 0 – 20 år

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 barnet/ungdomen söker för.		
Har barnet/ungdomen något av följande problem? Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Tinnitus/öronsus <input type="checkbox"/> Öroninflammation <input type="checkbox"/> Yrsel <input type="checkbox"/>		
Har ni haft kontakt med hörselvård, öronmottagning eller vårdcentral för öron- eller hörselproblem? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja När: _____ Var: _____ Orsak: _____		
Hur länge har barnet/ungdomen haft besvären? <input type="checkbox"/> Mindre än 1 månad <input type="checkbox"/> 1-12 månader <input type="checkbox"/> Mer än 12 månader		
Hör barnet/ungdomen lika på båda öronen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej		
Uppstod problemen i samband med förkylning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har barnet/ungdomen synnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vad? _____		
Har barnet/ungdomen någon ytterligare funktionsnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Funktionsnedsättning: _____		
Kontrolleras barnet/ungdomen regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukdom: _____		
Finns det andra i familjen/slakten som hör dåligt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vem? _____		
Genomfördes hörselscreening i samband med födseln? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej Om ja, var hörseln normal? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk: _____		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning vårdnadshavare

**Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.****Blanketten skickas till:**

Audiologiska mottagningen  
Universitetssjukhuset Örebro  
701 85 Örebro