

Audiologiska kliniken – egen vårdbegäran

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 du av dig till den mottagning där du sökt vård.

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	
Postnummer och postadress:	
Telefon hem/mobiltelefon:	
Behöver du tolk? Ange vilket språk:	
Upplever du att du har nedsatt hörsel? Nej Ja Om ja, hur länge har du upplevt att du haft nedsatt hörsel? Om din hörsel plötsligt försämrats, det vill säga för 1-2 dagar sedan, ska du genast kontakta sjukvårdsrådgivningen på telefonnummer 1177.	
Har du ont i öronen eller upplever lockkänsla? Nej Ja Om ja, ska du kontakta vårdcentral	
Har du öronsus eller annat ljud i öronen (tinnitus)? Nej Ja Om ja, hur länge har du upplevt att du haft besvär? Om ja, påverkar tinnitus din sömn, koncentrationsförmåga och/eller mående? Nej Ja Om ja, kan du hantera din vardag trots tinnitus? Nej Ja	
Vilken är den främsta anledningen till att du söker vård hos audiologiska kliniken? Välj ett alternativ. Upplever nedsatt hörsel och önskar få hörhjälpmedel Önskar endast få hörseln kontrollerad Upplever tinnitus Annat:	
Misstänker du att du har vaxproppar? Nej Ja Om ja, ska du kontakta vårdcentral	
Har du tidigare haft kontakt med hörselvård, öronmottagning eller vårdcentral? När: Var: Orsak:	
Finns det något annat som är viktigt för oss att veta?	

Underskrift

Ort och datum

Namnsteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Blanketten skickas till endast en av nedanstående adresser:

Audiologiska mottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro

Hörselvårdsmottagningen
Karlskoga lasarett
691 81 Karlskoga

Hörselvårdsmottagningen
Lindesbergs lasarett
711 82 Lindesberg