



Hudmottagningen USÖ, Karlskoga och Lindsberg

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 du nu vill söka för. Uppge hur länge besvären har funnits, hur de ser ut och var de sitter. Hur och med vad har du behandlat? (ange preparatnamn). Om du söker för leverfläckar eller liknade hudförändringar ska du ange storleken på förändringen, var den sitter samt bifoga foto .		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Allergi/överkänslighet mot:		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mediciner:		
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukskrivningsgrad: t o m:		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare**Om vården avser minderårig skall vårdnadshavare skriva under****Blanketten skickas till endast en av nedanstående adresser:**Hudmottagningen
Universitetssjukhuset
Örebro 701 85 ÖrebroHudmottagningen
Karlskoga lasarett
691 81 KarlskogaHudmottagningen
Lindsbergs lasarett
711 82 Lindsberg