



## Obstetrik- och gynekologimottagningen USÖ, Karlskoga och Lindesberg

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. Ange hur länge du känt av dem.		
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 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		
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Ange eventuellt behov av tolk <input type="checkbox"/> Språktolk, språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk		
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, fyll i personens kontaktuppgifter nedan		
Namn		Telefon hem/mobiltelefon

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

**Blanketten skickas till någon av kvinnomottagningarna nedan:**

Obstetrik- och  
gynekologimottagningen  
Lindesbergs lasarett  
711 82 Lindesberg

Obstetrik- och  
gynekologimottagningen  
Karlskoga lasarett 691 81  
Karlskoga

Obstetrik- och  
gynekologimottagningen  
Universitetssjukhuset  
Örebro 701 85 Örebro