

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När du återsänt vårdbegäran till nedanstående adress kommer en läkare att bedöma den. Du får sedan besked per brev angående tid för ett eventuellt besök. Om du inte har fått besked inom 14 arbetsdagar så hör av dig till kvinnokliniken på telefon 010-473 92 20.

**Vårdbegäran skickas till: Kvinnokliniken, Skaraborgs Sjukhus Skövde, 541 85 Skövde.**

Personnummer		
Efternamn	Förnamn	
Gatuadress		
Postnummer och postadress		
Telefon bostad	Telefon mobil	
Telefon arbete	Önskar du utnyttja vårdgarantin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. <b>Ange hur länge besvären har funnits.</b>		
Antal graviditeter?	Antal förlossningar?	Antal kejsarsnitt?
Har du någon gång genomgått en gynekologisk operation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om du svarat ja - vilken typ av operation och vilket år?		
När hade du senaste mens?		
Har du tidigare haft kontakt med kvinnokliniken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om du svarat ja - vilken mottagning och vilket år?		
Ange tidigare gynekologiska sjukdomar och eventuella nuvarande och övriga sjukdomar		

Tar du mediciner/preventivmedel regelbundet?

Ja

Nej

Om du svarat ja - vilken medicin/vilka mediciner, styrka och dosering?

Tänk på att ta med även värktabletter, ögondroppar, spray eller inhalation, insulin eller andra injektioner samt naturläkemedel.

Ytterligare upplysningar?

Har vi ditt samtycke att ta del av dina journalhandlingar från andra sjukvårdsenheter (dessa används enbart för att kunna ge dig en säker vård)?

Ja

Nej

Ange eventuellt behov av tolk

Teckenspråkstolk

Dövblindtolk

Vuxendövtolk

Språktolk, språk:

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?

Ja

Nej

Om du svarat ja - fyll i dennes kontaktuppgifter:

Namn:

Telefon hem/mobil:

Underskrift

Ort och datum:

Namn: