

Med anledning av ditt önskemål om läkarbesök på ortopedmottagningen ber vi dig svara på nedanstående frågor. När du återsänt svaret till nedanstående adress kommer din vårdbegäran att bedömas, du får sedan bekräftelse per brev.

Vid behov av telefonrådgivning, ring 0500-43 18 48, mån-tors 7.30-14.30, fred 7.30-11.30

Personuppgifter

Person nr:

Namn:

Postadress

Postnr: Ort:

Tel hem: Tel mobil: Tel arbete:

Uppgifter för målsman/god man

Namn:

Postadress:

Postnr: Ort:

Tel hem: Tel mobil: Tel arbete:

Har du varit patient på ortopedmottagningen tidigare? Ja Nej

Har du behov av tolk? Ja Nej

Om ja, vilket språk?

Önskar du utnyttja vårdgarantin?
(se medföljande information om Vårdgarantin) Ja Nej

Röker du? Ja Nej
Rökavvänjning initierad via primärvård? Annan instans? Ja Nej

Längd: _____ Vikt: _____

Detta formulär behandlas konfidentiellt.

Vänligen vänd sida.

Postadress:

Ortopedmottagningen

Skaraborgs Sjukhus Skövde
541 85 Skövde

Besöksadress

Plan 3

Skaraborgs Sjukhus
Skövde

Telefon

0500-43 18 48
mån-tors 7.30-14.30
fred 7.30-11.30

Telefax

0500-43 18 43

Lämna en kort beskrivning av de besvär du önskar söka läkare (ortoped) hos oss för.

Hur länge har du haft dessa besvär? _____

Har du sökt hos annan läkare för de besvär du nu söker hos oss för? Ja Nej

Om ja, ange läkarens namn och adress _____

Är du röntgad för dina besvär? Ja Nej

Om ja, på vilket sjukhus? _____

När? _____

Är du sjukskriven för dessa besvär? Ja Nej

Har du kommit i kontakt med sjukvård utomlands det senaste året? Ja Nej

Har du någon känd blodsmitta? Ja Nej

Om ja, vilken? _____

Kontrolleras du regelbundet av läkare för någon annan sjukdom? Ja Nej

Om ja, ange läkarens namn och adress

samt vilken sjukdom? _____

Vilka mediciner använder du för närvarande? _____

Jag accepterar att journaler samt ev. röntgenbilder och utlåtanden beställs från läkare på ovanstående kliniker/vårdcentraler/privatläkarmottagningar inför läkarbesöket på ortopedmottagningen. Ja Nej

Datum: _____

Namn: _____

Namnsteckning: _____