



Beroendecentrum

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 över de besvär du önskar/behöver hjälp med.		
Vilka beroendeframkallande substanser/läkemedel använder du?		
Har du tidigare fått vård för de besvär som du nu önskar/behöver hjälp med? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, i så fall var?		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

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

Blanketten skickas till nedanstående adress:

Beroendecentrum
Remissgruppen
Slottsgatan 10
701 85 Örebro