



## Audiologiska kliniken

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 söker för.		
Har du haft kontakt med hörselvård, öronmottagning eller vårdcentral för dina öron/ hörselproblem? När: _____ Var: _____ Orsak: _____		
Hur länge har din hörsel varit nedsatt? <input type="checkbox"/> Mindre än 1 mån <input type="checkbox"/> 1-12 mån <input type="checkbox"/> Mer än 12 mån		
Upplever du hörselskillnad mellan öronen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du öronsus eller annat ljud i öronen (tinnitus)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om ja, påverkar tinnitus din sömn, koncentrationsförmåga och/eller mående? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Brukar du få vaxproppar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om du svarar ja ska detta behandlas före besök vid Audiologiska kliniken, förslagsvis på vårdcentral.		
Har du yrsel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom/funktionsnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om ja, vilken sjukdom/funktionsnedsättning?		
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om ja, vilka mediciner?		
Har du någon synnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Är du inskriven på Syncentralen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Påverkar din hörselnedsättning din arbetssituation, studier eller förtroendeuppdrag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Anser du dig ha behov av hörhjälpmedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej		
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 endast en av nedanstående adresser:**

Audiologiska mottagningen  
Universitetssjukhuset  
701 85 Örebro

Hörselvårdsmottagningen  
Karlskoga lasarett  
691 81 Karlskoga

Hörselvårdsmottagningen  
Lindesbergs lasarett  
711 82 Lindesberg