Region Örebro län

Fyll i blanketten på skärmen. Använd tab för förflyttning mellan fälten. Spara ner och skriv ut för namnunderskrift.

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum:

Rensa

Plastikkirurgiska mottagningen, USÖ

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

Obs! Vi utför inte kosmetisk kirurgi utan endast rekonstruktiv kirurgi.

Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för samt **bifoga ett foto**.

Längd: Vikt: BMI:

Har du sökt vård tidigare för samma besvär? ☐ Nej ☐ Ja

Mottagning och årtal:

Har du någon allergi eller överkänslighet? ☐ Nej ☐ Ja

Allergi/överkänslighet mot:

Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja

Sjukdom:

Tar du mediciner regelbundet ☐ Nej ☐ Ja

Om ja, ange nedan vilka mediciner eller bifoga medicinlista

Använder du nikotin? ☐ Nej ☐ Ja

Om ja, ange vad:

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:

Plastikkirurgiska mottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro