



För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Vårdbegäran skickas till Akademiska sjukhuset, plastikkirurgmottagningen, 751 85 Uppsala
Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"

Personnummer (ååååmmdd- xxxx)		
Efternamn	Förnamn	
Gatuadress	Postnr och postadress	
Telefon	Vårdcentral	
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits. Max 2000 tecken.		
Har du sökt vård tidigare för dessa besvär?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du sjukskriven?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Markera om något av nedanstående stämmer in på dig. Jag har:		
<input type="checkbox"/> Hjärtsjukdom, till exempel kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud.		
<input type="checkbox"/> Högt blodtryck eller blodtrycksbehandling.		
<input type="checkbox"/> Lungsjukdom, till exempel astma, KOL.		
<input type="checkbox"/> Njursjukdom.		
<input type="checkbox"/> Lever- eller gallsjukdom.		
<input type="checkbox"/> Led-, nerv- eller muskelsjukdom, till exempel reumatism, epilepsi, MS.		
<input type="checkbox"/> Sjukdom som smittar via blodet, till exempel HIV, hepatit.		
<input type="checkbox"/> Lätt att bli åksjuk.		
<input type="checkbox"/> Fått narkos eller ryggbedövning tidigare		
<input type="checkbox"/> För egen del eller nära släkting som har haft problem med lokalbedövning eller narkos.		
<input type="checkbox"/> Lätt eller ovanligt lätt att blöda länge vid små sår eller vid tandläkarbehandling.		
<input type="checkbox"/> Problem med sura uppstötningar, halsbränna eller bräck på magmunnen.		
<input type="checkbox"/> Nackproblem.		
<input type="checkbox"/> Svårt att gapa.		
<input type="checkbox"/> Hemhjälp.		
<input type="checkbox"/> Särskilt boende.		
<input type="checkbox"/> Inget av ovanstående.		

Använder du någon form av nikotin?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du diabetes? (Kost-, tablett- eller insulinbehandlad)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du tidigare sjukhusvårdad?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du opererad tidigare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du haft blodpropp?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Är du överkänslig/allergisk mot läkemedel eller något annat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon annan sjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ange eventuellt behov av tolk. <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråktolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk Ange språk.		
Ange din längd (cm)	Ange din vikt (kilo)	
Tar du mediciner regelbundet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Ytterligare upplysningar (max 2000 tecken)		
Samtycker du till att vi vid behov tar del av dina tidigare journaluppgifter från andra vårdgivare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om du svarar ja – fyll i dennes kontaktuppgifter:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Namn:		
Telefon hem/mobil:		
Underskrift	Namn	
Ort och datum:		