



Västerås
Ortopedpraktik

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum:

Om du vill söka vård på mottagningen kan du skicka in denna blankett. Vi bedömer din vårdbegäran och meddelar om du är aktuell för vård på mottagningen.

Namn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer och postadress:	
Telefon hem/mobilnummer:		
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för:		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken mottagning och årtal:		
Har du vilovärk?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du rörelse- och eller belastningssmärta?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du genomgått någon röntgenundersökning?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, när:		

Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL).

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken/vilka sjukdomar?	
Tar du mediciner regelbundet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken/vilka mediciner:	
Tar du någon smärtstillande medicin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken typ av medicin? Hur länge har du tagit den?	
Har du fått någon kortisoninjektion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, när:	
Har du fått någon form av fysioterapi/sjukgymnastik eller arbetsterapi?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken typ och hur länge:	
Din längd och vikt:	
Har du någon allergi eller överkänslighet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken typ av allergi/överkänslighet:	
Röker eller snusar du?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Behöver du en tolk?	<input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk
Ange språk här:	

Denna remiss kan skrivas ut och skickas per post till:

Västerås Ortopedpraktik
Kopparbergsvägen 14, 3 tr
722 10 Västerås

Du kan även maila in remissen till:

info@ortopedpraktiken.se