



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 psykiska besvär/symtom du nu vill söka för.		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? ☐ Nej ☐ Ja		
Mottagning och årtal:		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja		
Sjukdom:		
Om vi behöver ytterligare upplysningar, på vilket telefonnummer kan vi nå dig dagtid?		
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namn-teckning

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

Blanketten skickas till endast en av nedanstående adresser:

Allmänpsykiatri USÖ
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro

Allmänpsykiatri Lindesberg
Lindesbergs lasarett
711 82 Lindesberg

Allmänpsykiatri
Hallsberg
Långängsvägen
694 36 Hallsberg

Dövpsykiatri
Södra Grev Rosengatan
703 62 Örebro

Allmänpsykiatri Karlskoga
Karlskoga lasarett
691 81 Karlskoga