



Audiologiska kliniken, barn och ungdom, 0 – 20 år

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 barnet/ungdomen söker för.		
Har barnet/ungdomen något av följande problem? Hörselnedsättning ☐ Tinnitus/öronsus ☐ Öroninflammation ☐ Yrsel ☐		
Har ni haft kontakt med hörselvård, öronmottagning eller vårdcentral för öron- eller hörselproblem? ☐ Nej ☐ Ja När: _____ Orsak: _____		
Hur länge har barnet/ungdomen haft besvären? ☐ Mindre än 1 månad ☐ 1-12 månader ☐ Mer än 12 månader		
Hör barnet/ungdomen lika på båda öronen? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet ej		
Uppstod problemen i samband med förkylning? ☐ Nej ☐ Ja		
Har barnet/ungdomen synnedsättning? ☐ Nej ☐ Ja Om ja, vad? _____		
Har barnet/ungdomen någon ytterligare funktionsnedsättning? ☐ Nej ☐ Ja Funktionsnedsättning: _____		
Kontrolleras barnet/ungdomen regelbundet för någon annan sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja Sjukdom: _____		
Finns det andra i familjen/släkten som hör dåligt? ☐ Nej ☐ Ja Om ja, vem? _____		
Genomfördes hörselscreening i samband med födseln? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet ej Om ja, var hörseln normal? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet ej		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk: _____		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning vårdnadshavare

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.**Blanketten skickas till:**

Audiologiska mottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro