



Handkirurgmottagningen

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 du nu vill söka för.			
Är du höger eller vänsterhänt? ☐ Höger ☐ Vänster			
På vilken sida har du dina besvär? ☐ Höger ☐ Vänster			
Har du tidigare skadat hand eller underarm? ☐ Nej ☐ Ja			
Har du tidigare röntgat dina händer/underarmar? ☐ Nej ☐ Ja			
Mottagning och årtal:			
Har du tidigare opererats i hand eller underarm? ☐ Nej ☐ Ja			
Mottagning och årtal:			
Vilken behandling har du haft för detta problem? T ex läkemedel, operation, ortos/stöd, sjukgymnastik			
Har du tidigare sökt vård för samma besvär? ☐ Nej ☐ Ja			
Mottagning och årtal:			
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? ☐ Nej ☐ Ja			
Sjukdom:			
Har du någon allergi eller överkänslighet? ☐ Nej ☐ Ja			
Allergi/överkänslighet:			
Tar du mediciner regelbundet? ☐ Nej ☐ Ja			
Mediciner:			
Är du sjukskriven? ☐ Nej ☐ Ja		Sjukskrivningsgrad: T o m:	
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:**

Handkirurgmottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro