



Barn- och ungdomsmottagning

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
Vårdnadshavarens namn och personnr		BVC
		Skola
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom barnet/ungdomen nu vill söka vård för. Är barnet över 6 år ska tillväxtkurva från skolhälsovården bifogas, be skolsköterskan om en kopia.		
Hur länge har barnet/ungdomen haft besvären?		
Har barnet/ungdomen sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Kontrolleras barnet/ungdomen regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning vårdnadshavare

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare och att annan vårdnadshavare, där sådan finnes, är informerad och gett sitt samtycke till denna vårdbegäran.

Blanketten skickas till endast en av nedanstående adresser:

Barn- och ungdomsmottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro

Barn- och ungdomsmottagningen
Karlskoga lasarett
691 44 Karlskoga

Barn- och ungdomsmottagningen
Lindesbergs lasarett
711 82 Lindesberg

Barn- och ungdomsmottagningen
Hallsbergs vårdcentral
Långängsvägen 11
694 36 Hallsberg

Barn- och
ungdomsmottagningen Stora
Holmen
Fredsgatan 40
703 62 Örebro