



## 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? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		
På vilken sida har du dina besvär? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		
Har du tidigare skadat hand eller underarm? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du tidigare röntgat dina händer/underarmar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Har du tidigare opererats i hand eller underarm? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Allergi/överkänslighet:		
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mediciner:		
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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