

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 7 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon	Hälsocentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.	
Ange hur länge besvären har funnits.	
Har du pågående behandlingskontakt för dina psykiska besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, hos vem?	
Vid hur många tillfällen (samtal) har du fått behandling?	
Har du tidigare behandlats för dina psykiska besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, när, för vad och hos vem?	
Har du eller har du haft något missbruk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vad och när?	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilken?	
Tar du några mediciner? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?	
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukskrivningsgrad, sjukskriven t o m:	
<input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Minderåriga barn <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Pensionär	
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Ange eventuellt behov av tolk. <input type="checkbox"/> Språktolk. Språk: <input type="checkbox"/> Teckenspråktolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten, om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Skickas till: Psykoteraipbedömning Hofors hälsocentral Budstation 307 Box 66 Centralgatan 14 813 22 Hofors
Namn	
Telefon hem/mobiltelefon	