

Du kan också logga in på 1177 vårdguidens e-tjänster och söka fram hörselvården under mottagningar, välj Egen vårdbegäran.

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnr

Lämna en kort beskrivning av de besvär du söker för – OBLIGATORISKT ATT BESVARA:

Lämna en kort beskrivning av de besvär du söker för – OBLIGATORISKT ATT BESVARA:	
<b>Har du fått en plötslig hörselnedsättning akut på ett öra ska du kontakta vårdcentralen.</b>	
Om du upplever tinnitus, har det stor påverkan på ditt dagliga liv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Anser du dig vara i behov av hörhjälpmedel/hörapparat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Önskar endast hörseltest, ej intresserad av hörapparat <input type="checkbox"/> Har redan hörapparat men önskar boka tid
Har du haft kontakt med hörselvård i annan region?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om du svarar ja, ange region: .....	
Om ja, godkänner du att vi inhämtar journalkopior därifrån?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange behov av tolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Skrivtolk <input type="checkbox"/> Språktolk, ange språk:	
Har du någon smittsam sjukdom, t ex MRSA eller TBC, annan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om du svarar ja – vilken/vilka sjukdomar?	
Om någon har hjälpt dig att fylla i blanketten, ange dennes namn och telefonnr:	

När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning.

**Skicka blanketten till:**  
Hörselvården, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad

Namnunderskrift:

Datum: