

EGEN VÅRDBEGÄRAN

Namn..... Personnummer.....

Adress

Postadress..... Mobil.....

Telefon hem arbete.....

Ange vilken kroppsdel Du önskar få undersökt, hö vä

.....

Beskriv hur besvären/skadan påverkar Dig, hur länge Du haft besvär/värk och hur detta inverkar på Din vardag. (Fortsätt gärna på baksidan.)

.....

.....

.....

Har Du blivit röntgad? Vilket sjukhus? (Viktigt om vi måste beställa bilderna.)

..... När?.....

För att vi ska kunna hjälpa Dig på bästa sätt ber vi Dig komplettera vårdbegäran genom att bifoga journalkopior från mottagningar Du eventuellt sökt hos för samma åkomma.

Vill åberopa vårdgarantin: Ja Mer info om vårdgarantin gå in på: www.1177.se

Underskrift

Datum.....

**Sändes till: Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Område 3
Verksamheten Ortopedi
Hus T/ plan 4
431 80 Mölndal**

www.sahlgrenska.se