

Egen vårdbegäran

Hörselvården i Värmland

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

Personnummer	Mobiltelefonnummer / telefonnummer dagtid
Förnamn	Efternamn
Adress	
Postnummer och ort	

Kom hörselnedsättningen plötsligt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om du svarar ja, var det mer än ett år sedan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Är det stor hörselskillnad mellan öronen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om du svarar ja, på vilket öra hör du sämre:	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	
Har du öronsus eller annat ljud i öronen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om du svarar ja, på vilket öra:	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	<input type="checkbox"/> Båda lika
Har du ont eller rinnande öron?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om du svarar ja bör detta behandlas före besöket på hörselvården!			
Brukar du få vaxproppar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om du svarar ja bör detta behandlas före besöket på hörselvården!			
Har du haft kontakt med hörselvård, öronmottagning eller vårdcentral för dina öron- eller hörselproblem?			
När:	Var:	Orsak:	
Vad har du för sysselsättning?			
I vilka tre situationer är det viktigast för dig att höra bättre?			
1.			
2.			
3.			
Anser du dig ha behov av hörhjälpmedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Egen kommentar:			
Ange om du har något funktionshinder, ex synskada eller rörelsehinder:			
Har du behov av tolk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Vilket språk?			
Formuläret ifyllt av:	<input type="checkbox"/> sökande		
	<input type="checkbox"/> annan, ange vem:		

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 14 arbetsdagar.	Skicka blanketten till: Hörselvården, Centralsjukhuset, 651 85 Karlstad
Namnunderskrift:	Datum: