Egenremiss för vård

Hörselvården

Patientuppgifter

Förnamn	Efternamn	
Adress, postnummer och ort	Personnummer	
Telefonnummer	Mobilnummer	
Behov av språktolk (kryssa) ☐ Ange språk:	Behov av teckenspråkstolk (kryssa) ☐	Behov av skrivtolk (kryssa) ☐

Anhörig/ vårdnadshavare/ kontaktperson

Namn	Namn
Adress, postnummer och ort	Adress, postnummer och ort
Telefonnummer	Telefonnummer

Beskrivning av besvär:

Har du sökt eller blivit behandlad för besvären ovan?

Var? När?

Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare ☐ Ja ☐ Nej

För att bedöma om du är berättigad rehabiliteringsinsats vid Hörselvården krävs ett nytaget hörselprov. Hörselprovet kan vara gjort vid vårdcentral, företagshälsovård eller privat mottagning. Vänligen bifoga kopia på ditt hörselprov med denna egenremiss. En egenremiss som saknar hörselprov kommer att skickas tillbaka. Du får bekräftelse per brev när vi mottagit remissen.

Undertecknad egenremiss skickas via brev till:

Hörselvården
Brömsebroväg 8
621 42 Visby

Datum ..... Underskrift .....