

Egenremiss

Skicka blanketten via post till närmaste mottagning.

Personuppgifter ska aldrig skickas via e-post.

Datum: _____

Personuppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefon: _____

Behöver du tolk?

Ja

Nej

Om ja, på vilket språk? _____

Beskriv dina hörselbesvär:



Hur länge har du haft besvären?

Upplever du ett dagligt behov av hörhjälpmmedel?

Ja

Nej

Har du tidigare haft problem med öronen?

Har du tidigare varit i kontakt med hälso- och sjukvård om din hörsel?

Ja, primärvården (till exempel din vårdcentral)

Ja, audionommottagning

Ja, hörselteam, dövteam eller dövblindteam

Ja, öron-, näsa-, halsmottagning

Ja, men minns inte var

Nej

Om ja, när och vilken ort?

Godkänner du att vi inhämtar journalkopior från andra vårdgivare?

Ja

Nej

Något annat som du vill att vi ska känna till?

Jag godkänner påminnelser via SMS.