

VÅRDBEGÄRAN GÄLLANDE HÖRAPPARAT

Blanketten används av dig som fyllt 20 år och vill boka tid till legitimerad audionom för behovsbedömning gällande hörapparat.

Personnummer (ååmmdd-xxxx)		
Efternamn		Förnamn
Adress		
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
Hur länge har din hörsel varit nedsatt?		
Har du besvär av flytningar eller värk i något öra? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Om du svarar ja bör detta behandlas före besök på Hörcentralen. Kontakta din vårdcentral.		
Brukar du få vaxproppar? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Om du svarar ja bör detta behandlas före besök på Hörcentralen. Kontakta din vårdcentral.		
Har du haft kontakt med hörselvården, öronmottagningen eller vårdcentralen för dina öron-/hörselproblem?		
När?	Var?	Orsak?
Har du någon funktionsnedsättning, t ex synnedsättning eller rörelsehinder?		
I vilka tre situationer är det viktigast för dig att höra bättre?		
1.....		
2.....		
3.....		
Har du behov av tolk? Ange språk:		
Vill du prova hörapparat?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Formuläret ifyllt av:		
<input type="checkbox"/> sökande		
<input type="checkbox"/> annan, ange vem		
Kontaktuppgift anhörig/närstående		

Ort och datum:	Namn:
----------------	-------

Vårdbegäran skickas till: Hörcentralen, Falu lasarett, 791 82 FALUN

Telefon:
023-49 21 29, TeleQ
kl 08.00-14.00

E-post:
hc.dalarna@ltdalarna.se

Mina vårdkontakter via internet:
www.ltdalarna.se/minavardkontakter