

## Vårdbegäran gällande hörapparat

Personnr.....

Namn.....

Adress.....

Postadress.....

Telefon bostad.....

mobil.....

arbete.....

Gäller för personer som fyllt 20 år och som vill boka tid till någon av Hörcentralerna i Dalarna för första gången.

1. Hur länge har din hörsel varit nedsatt? \_\_\_\_\_
2. Har hörselnedsättningen kommit plötsligt?  Ja  Nej
3. Har du besvär av flytningar eller värk i något öra?  Ja  Nej
4. Brukar du få vaxproppar?  Ja  Nej
5. Har du någon funktionsnedsättning, t ex synnedsättning eller rörelsehinder? \_\_\_\_\_
6. Har du varit i kontakt med öronläkare?  Ja  Nej  
Om ja, när? \_\_\_\_\_ Var? \_\_\_\_\_  
Orsak? \_\_\_\_\_
7. Har du tidigare varit i kontakt med hörselvården?  Ja  Nej  
Om ja, när? \_\_\_\_\_ Var? \_\_\_\_\_  
Orsak? \_\_\_\_\_
8. Har du behov av språktolk? Ange språk? \_\_\_\_\_
9. Är du intresserad av att prova hörapparat?  Ja  Nej

Ange tre specifika situationer där du har svårigheter att höra:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Ifyllt frågeformulär skickas till:

Hörcentralen Dalarna  
Falun lasarett  
791 82 Falun

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

E-post:  
[hc.dalarna@ltdalarna.se](mailto:hc.dalarna@ltdalarna.se)

Mina vårdkontakter via internet:  
[www.ltdalarna.se/minavardkontakter](http://www.ltdalarna.se/minavardkontakter)