

## Smärtmottagningen

 Ankomstdatum:
 

--

Om du vill söka vård på mottagningen kan du skicka in denna blankett. Vi bedömer din vårdbegäran och meddelar om du är aktuell för vård på mottagningen. Du får besked inom 7 arbetsdagar.

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer och postadress:
Telefon hem/mobilnummer:	
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom som du vill söka för:	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</span> Om ja, till vilken mottagning och årtal:	
Det är viktigt att du är medicinskt utredd så att din smärta inte beror på andra orsaker eller tillstånd som kräver annan behandling. Ge en kort beskrivning av den utredning som gjorts:  Fyll i aktuell mottagning och årtal:	
De rekommendationer vi lämnar kan oftast genomföras i primärvården, vilken vårdcentral är du listad på?	
Röker du? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Har rökt</span>	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</span> Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	

Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL).

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands sjukhus Västerås  
 Smärtmottagningen  
 721 89 Västerås

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 1, plan 4

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 40 86

**Internet**  
[www.1177.se](http://www.1177.se)

Har du haft eller behandlas du för någon psykiatrisk sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, skriv sjukskrivningsgrad:	
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilken/vilka mediciner:	
Om du tar någon form av smärtstillande mediciner; hur är effekten av dessa mediciner?	
Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk	
Ange språk här:	
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:	
Övriga upplysningar:	
<p><b>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</b></p>	
<p>Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/></p>	
<b>Underskrift</b>	
Datum:	Namnunderskrift: