

Barnmottagningen Fagersta

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:		
Förälders kontaktuppgifter (obligatoriskt för barn under 13 år):		
Aktuell BVC:		
Aktuell skola:		
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du söker för:		
Hur länge har du haft besvär?		
Har du sökt vård tidigare för liknande besvär/symtom?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken mottagning och årtal:		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, skriv vilken/vilka sjukdomar och var du kontrolleras:		

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

Skicka blanketten till
Bergslagssjukhuset
Barnmottagningen
737 81 Fagersta

Besöksadress
Bergslagssjukhuset
Floravägen
Fagersta

Vid frågor, kontakta
0223-473 25

Internet
www.1177.se

Tar du några mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilken/vilka mediciner:	
Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövsblindtolk	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>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</p> <p>Om du inte godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/></p>	
Underskrift	
Datum:	Namnunderskrift: