

Hörselenheten

 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. Det är viktigt för vår bedömning att du fyller i alla uppgifter. Ofullständigt ifyllt blankett skickas åter till dig.

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer och postadress:
Telefon hem/mobilnummer:	
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för. Ange också minst 2 situationer i vilka du anser det är viktigast för dig att höra bättre:	
Anser du dig ha behov av hörhjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Aktuell sysselsättning <input type="checkbox"/> Arbetande <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Annat, vad:	
Vad består dina hörselrelaterade besvär av? <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Tinnitus	
Har du hörapparat sedan tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, var har du hämtat ut den:	
Övrigt: <input type="checkbox"/> Synnedsättning <input type="checkbox"/> Går på synenheten	
Har du andra funktionshinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket/vilka funktionshinder:	
Brukar du få vaxpropp? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vaxpropp bör behandlas innan ett besök hos oss.	

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

Skicka blanketten till
 Västmanlands sjukhus Västerås
 Hörselenheten
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 1

Vid frågor, kontakta
 021-17 32 02

Internet
 www.1177.se

Har du genomgått någon öronoperation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, på vilket sjukhus samt årtal:
Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Skrivtolk 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:
Godkänner du att hörselenheten får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift

Datum:	Namnunderskrift:
--------	------------------