

Vuxenpsykiatri Västerås

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:		
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för:		
Hur länge har besvären funnits?		
Har du pågående behandlingskontakt för dina psykiska besvär? Om ja, hos vem:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare behandlats för dina psykiska besvär? Om ja, när, för vad och hos vem:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du haft något missbruk? Om ja, vad och när:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

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

Skicka blanketten till
Västmanlands sjukhus Västerås
Allmänpsykiatriska mottagningen
721 89 Västerås

Besöksadress
Västmanlands sjukhus
Västerås, Ingång 29, plan 5

Vid frågor, kontakta
021-17 51 00

Internet
www.1177.se

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken:	
Tar du några mediciner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilka:	
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, för vad, av vem, sjukskrivningsgrad och hur länge är du sjukskriven?	
Kryssa i det som gäller för dig: <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Minderåriga barn <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Pensionär	
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:	
Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.	Om du inte godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/>
Underskrift	
Datum:	Namnunderskrift: