

Ögonmottagningen

 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 ögonbesvär du vill söka för:	
Ange i vilket öga du har besvär: <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Båda ögonen	
När började dina besvär?	
Har du haft liknande besvär tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sökte du då vård för det? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, ange var och när du sökte vård:	
Använder du ögondroppar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilka ögondroppar:	
När var du hos optiker senast?	
Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk	
Ange språk här:	

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

Skicka blanketten till
 Västmanlands sjukhus Västerås
 Ögonmottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 31

Vid frågor, kontakta
 021-17 32 87

Internet
www.1177.se

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: