

**Öron- Näs- Halsmottagningen**

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:			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare blivit opererad i det område där du nu har besvär? Om ja, vilket år genomfördes operationen:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken/vilka sjukdomar:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tar du mediciner regelbundet? Om ja, vilken/vilka mediciner:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon allergi/överkänslighet? Om ja, mot vad:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Har tidigare rökt

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

**Skicka blanketten till**  
Västmanlands sjukhus Västerås  
Öron-Näs-Halsmottagningen  
721 89 Västerås

**Besöksadress**  
Västmanlands sjukhus  
Västerås, Ingång 26 & 28

**Vid frågor, kontakta**  
021-17 31 27

**Internet**  
www.1177.se

