

## Medicinmottagningen Sala

 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 Om ja, vilken mottagning och årtal:	
Har du andra sjukdomar som du har läkarkontakt för? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	
Har du tidigare vårdats på sjukhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vad vårdades du för:	
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken typ av allergi/överkänslighet:	

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

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands sjukhus Sala  
 Medicinmottagningen  
 Box 300  
 733 25 Sala

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Sala, Lasarettsgatan

**Vid frågor, kontakta**  
 0224-583 09

**Internet**  
[www.1177.se](http://www.1177.se)

Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, ungefär hur många cigaretter röker du per dag:	
Om du röker annat än cigaretter ange vad (t.ex. pipa):	
Är du en före detta rökare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, ungefär hur många cigaretter rökte du per dag? När slutade du röka?	
Tar du 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"/> Dövblindtolk	
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><b>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</b></p>	
<p>Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/></p>	
<b>Underskrift</b>	
Datum:	Namnunderskrift: