

## Beroendemottagningen

 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
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken:	<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  
Beroendemottagningen, ing. 29  
721 89 Västerås

**Besöksadress**  
Västmanlands sjukhus  
Västerås, Ingång 29

**Vid frågor, kontakta**  
021-17 5931

**Internet**  
www.1177.se

Tar du några mediciner? Om ja, vilka:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du sjukskriven? Om ja, för vad, av vem, sjukskrivningsgrad och hur länge är du sjukskriven?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
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? Ange språk här:		<input type="checkbox"/> Språktolk	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk
		<input type="checkbox"/> Dövspråkstolk	<input type="checkbox"/> Dövspråkstolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Övriga upplysningar:			
<b>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</b>			Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/>
<b>Underskrift</b>			
Datum:	Namnunderskrift:		