

Barnmottagningen Köping

 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:	
Förälders kontaktuppgifter (obligatoriskt för barn under 13 år):	
Aktuell BVC:	
Aktuell skola:	
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du söker för:	
Hur länge har du haft besvär?	
Har du sökt vård tidigare för liknande besvär/symtom? Om ja, vilken mottagning och årtal:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, skriv vilken/vilka sjukdomar och var du kontrolleras:	<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 Köping
Barnmottagningen
731 81 Köping

Besöksadress
Västmanlands sjukhus
Köping, plan 6

Vid frågor, kontakta
0221-265 56

Internet
www.1177.se

Tar du några 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:	
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: