

## Barnmottagningen 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:	
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 Sala  
 Barnmottagningen  
 Box 300  
 733 25 Sala

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Sala, Järnvägsgränd 7

**Vid frågor, kontakta**  
 0224-584 61

**Internet**  
[www.1177.se](http://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"/> Dövsblindtolk	
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:	
<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: