

Barnmottagningen Västerås

 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:		
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 Västerås
Barnmottagningen, ing. 31
721 89 Västerås

Besöksadress
Västmanlands sjukhus
Västerås, Ingång 31

Vid frågor, kontakta
021-173168

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"/> 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:

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

Underskrift

Datum:	Namnunderskrift:
--------	------------------