

## Hörselenheten - Hörselutredning

 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. Det är viktigt för vår bedömning att du fyller i alla uppgifter. Ofullständigt ifylld blankett skickas åter till dig.

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Namn:  | Personnummer:              |
| Gatuadress:  | Postnummer och postadress: |
| Telefon hem/mobilnummer:   |                            |
| Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för. Ange också minst 2 situationer i vilka du anser det är viktigast för dig att höra bättre:   |                            |
|  |                            |
| Anser du dig ha behov av hörhjälpmedel? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</span>  |                            |
| Aktuell sysselsättning <input type="checkbox"/> Arbetande <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerande<br><input type="checkbox"/> Annat, vad:    |                            |
| Har du hörapparat sedan tidigare? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</span><br>Om ja, var har du hämtat ut den:  |                            |
| OBS! Rekvirera journalkopior om du har hörapparat och ta med till besöket.   |                            |
| Övrigt: <input type="checkbox"/> Synnedsättning <input type="checkbox"/> Går på synenheten   |                            |
| Har du andra funktionshinder? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</span><br>Om ja, vilket/vilka funktionshinder:  |                            |
|  |                            |
| Brukar du få vaxpropp? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</span><br>Om ja, vaxpropp ska behandlas innan ett besök hos oss. Annars kan inte utredning genomföras. |                            |

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

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands sjukhus Västerås  
 Hörselenheten  
 721 89 Västerås

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 1

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 32 02

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

|  |
|--|
| Har du genomgått någon öronoperation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om ja, på vilket sjukhus samt årtal:   |
| Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk <input type="checkbox"/> Skrivtolk<br>Ange språk här: |
| Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:                                     |
| Godkänner du att hörselenheten får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   |

**Underskrift**

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