

Öron- Näs- Halsmottagningen

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:			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare blivit opererad i det område där du nu har besvär? Om ja, vilket år genomfördes operationen:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken/vilka sjukdomar:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tar du mediciner regelbundet? Om ja, vilken/vilka mediciner:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon allergi/överkänslighet? Om ja, mot vad:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Har tidigare rökt
Har du pacemaker/ICD?	<input type="checkbox"/> pacemaker	<input type="checkbox"/> ICD	<input type="checkbox"/> Nej

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

Skicka blanketten till
Västmanlands sjukhus Västerås
Öron-Näs-Halsmottagningen
721 89 Västerås

Besöksadress
Västmanlands sjukhus
Västerås, Ingång 26 & 28

Vid frågor, kontakta
021-17 31 27

Internet
www.1177.se

Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolc <input type="checkbox"/> Skrivtolc
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:
--------	------------------