

**Ortopedmottagningen**

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. Skriv också hur länge du haft dessa besvär/symtom och om det gäller höger eller vänster sida? |  |  |
| Hur länge har du haft dina besvär?   |  |  |
| Har du sökt vård tidigare för samma besvär?<br>Om ja, vilken mottagning och årtal:   |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du vilovärk?   |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du rörelse- och eller belastningssmärta?   |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du problem att gå?<br>Om ja, hur lång sträcka klarar du att gå? Använder du någon form av gånghjälpmedel?  |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Klarar du att sköta din personliga hygien samt påklädning?   |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du genomgått någon röntgenundersökning för de besvär du söker för? (Röntgenundersökningen får ej vara äldre än 6 månader)<br>Om ja, när och var:       |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Vid ryggbesvär behövs magnetkameraundersökning som inte får vara äldre än 6 månader.<br>Har du genomgått en sådan?<br>Om ja, när och var:                  |  | <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  
Ortopedmottagningen  
721 89 Västerås

**Besöksadress**  
Västmanlands sjukhus  
Västerås, Ingång 2

**Vid frågor, kontakta**  
021-17 37 80

**Internet**  
www.1177.se

|   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| Vill du bli opererad?   | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?<br>Om ja, vilken/vilka sjukdomar:                            | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Tar du mediciner regelbundet?<br>Om ja, vilken/vilka mediciner:   | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Tar du någon smärtstillande medicin?<br>Om ja, vilken typ av medicin? Hur länge har du tagit den?           | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Har du fått någon kortisoninjektion?<br>Om ja, när:   | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Har du fått någon form av fysioterapi/sjukgymnastik eller arbetsterapi?<br>Om ja, vilken typ och hur länge: | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Din längd, blodtryck och vikt:  |                                    |   |
| Har du någon allergi eller överkänslighet?<br>Om ja, vilken typ av allergi/överkänslighet:                  | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Röker eller snusar du?  | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |
| Behöver du en tolk?<br>Ange språk här:  | <input type="checkbox"/> Språktolk | <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk |
|   |                                    | <input type="checkbox"/> Dövblindtolk     |
| Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?<br>Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:             | <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Nej              |

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: