

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? 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? 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) 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. Har du genomgått en sådan? 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? 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
Tar du någon smärtstillande medicin? 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? Om ja, när:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du fått någon form av fysioterapi/sjukgymnastik eller arbetsterapi? 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? 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? Ange språk här:	<input type="checkbox"/> Språktolk	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk
		<input type="checkbox"/> Dövblindtolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? 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: