

Geriatrisk mottagning

 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 Om ja, vilken mottagning och årtal:	
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken typ av allergi/överkänslighet:	
Röker du? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Har tidigare rökt	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka mediciner:	

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

Skicka blanketten till
 Västmanlands sjukhus Västerås
 Geriatriska mottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 2, plan 9

Vid frågor, kontakta
 021-17 55 65

Internet
www.1177.se

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