

## Habiliteringscentrum, synenheten

 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:		
Huvuddiagnos (ögon)		
Övriga diagnoser		
Övriga funktionsnedsättningar		
Synskärpa höger	Synskärpa vänster	
Synfält höger	Synfält vänster	
Glasögonstyrka höger	Glasögonstyrka vänster	
Refraktion höger	Refraktion vänster	
Utförare		

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

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands sjukhus Västerås  
 Habiliteringscentrum Synenheten  
 721 89 Västerås

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 20

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 48 00

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

- Stationärt tillstånd eller långsam progress, med i första hand behov av förstoringsglas.  
 Angeläget med snabb kontakt p g a  
 Stationärt tillstånd eller långsam progress.

Kompletterande uppgifter (ex medicinsk bakgrund, behandling, prognos, speciella problem p g a synnedsättningen)

Behöver du en tolk?       Språktolk                       Teckenspråkstolk                       Dövblindtolk  
 Ange språk här:

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?                       Ja                       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

**Underskrift**

Datum:

Namnunderskrift: