

## Hjärtmottagningen

 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 liknande symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken mottagning och årtal:	
Tar du några mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka mediciner:	
Har du några andra sjukdomar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	
Finns det någon hjärt-kärlsjukdom i släkten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken:	
Röker du? <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  
 Hjärtmottagningen  
 721 89 Västerås

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 2, plan 4

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 61 10

**Internet**  
[www.1177.se](http://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:	
<b>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</b>	
Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/>	
<b>Underskrift</b>	
Datum:	Namnunderskrift: