

**Hudmottagningen
Hudbesvär**

 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:	
lämna en beskrivning av hudbesvären. Var de sitter, vilken färg de har samt hur ytan är:	
Ger hudbesvären några symtom som t ex blödning, klåda, stickning eller smärta? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka symtom:	
Hur länge har du haft hudbesvären?	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken mottagning och årtal:	
Har någon annan familjemedlem samma besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Tar du några 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
 Hudmottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 5

Vid frågor, kontakta
 021-17 35 02

Internet
www.1177.se

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken/vilka sjukdomar:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du någon allergi eller överkänslighet? Om ja, vilken typ av allergi/överkänslighet:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Behöver du en tolk?	<input type="checkbox"/> Språktolk	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk	<input type="checkbox"/> Dövsblindtolk
Ange språk här:			
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 <input type="checkbox"/>
Underskrift			
Datum:	Namnunderskrift:		