

## Kirurgmottagningen

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:		
Hur länge har besvären/symtomen funnits?		
Har du sökt vård/är undersökt tidigare för samma besvär?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken mottagning, årtal och typ av undersökning:		
Lider du av ofrivillig viktnedgång?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, hur mycket har du gått ned i vikt och på hur lång tid?		
Fyll i din längd och vikt:		
Hur är din aptit?		
Har du sväljningssvårigheter?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv hur ofta och på vilket sätt:		

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

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands sjukhus Västerås  
 Kirurgmottagningen  
 721 89 Västerås

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 1 el. 26

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 30 00

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

Har du buksmärtor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, beskriv hur ofta och på vilket sätt:	
Är du tidigare opererad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, var och när blev du opererad samt vilken typ av operation var det:	
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilken/vilka sjukdomar och var vårdas du?	
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vilken/vilka mediciner:	
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