

Lungmottagningen

 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:	
Vad vill du först och främst ha hjälp med?	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om ja, vilken mottagning och årtal:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tar du några mediciner regelbundet? Om ja, vilken/vilka mediciner:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du några andra sjukdomar? Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	<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
 Lungmottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 1, plan 3

Vid frågor, kontakta
 021-17 32 50

Internet
www.1177.se

Finns det någon ärftlig sjukdom i släkten? Om ja, vilken:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Röker du?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Behöver du en tolk? Ange språk här:	<input type="checkbox"/> Språktolk	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk
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

Underskrift

Datum:	Namnunderskrift:
--------	------------------