

Medicinmottagningen Köping

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 samma besvär? Om ja, vilken mottagning och årtal:		<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
Röker du? Om ja, ungefär hur många cigaretter röker du per dag: Om du röker annat än cigaretter ange vad (t.ex. pipa):		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du en före detta rökare? Om ja, ungefär hur många cigaretter rökte du per dag? När slutade du röka?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någonsin rökt regelbundet?		<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 Köping
Medicinmottagningen
731 81 Köping

Besöksadress
Västmanlands sjukhus
Köping, Glasgatan 27
Ingång 1, plan 2

Vid frågor, kontakta
0221-262 80

Internet
www.1177.se

Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
--	-----------------------------	------------------------------

Tar du mediciner regelbundet? Om ja, vilken/vilka mediciner:	<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:
--------	------------------