

**Medicinmottagningen,  
gastroenterologi, magbesvär**

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  
Medicinmottagningen  
721 89 Västerås

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

**Vid frågor, kontakta**  
021-17 39 30

**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?	<input type="checkbox"/> Språktolk	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk	<input type="checkbox"/> Dövblindtolk
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:			
<p><b>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</b></p>			<p>Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/></p>
<b>Underskrift</b>			
Datum:	Namnunderskrift:		