

## Onkologimottagningen

 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:	
För att komma till oss krävs en föregående utredning där ett vävnadsprov har visat en cancersjukdom. Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för:	
Ge en kort beskrivning av vad du vill ha hjälp med:	
Vid vilket sjukhus och vilken klinik har du utretts?	
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:	

**Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.**

Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/>
---

### Underskrift

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

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

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

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Huvudentrén

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 32 86

**Internet**  
 www.1177.se