

Reumatologmottagningen

 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 du haft dessa besvär?	
Vart sitter besvären? Vilka ledområden?	
Sitter besvären alltid på samma ställe eller vandrar de runt?	
Blir besvären bättre eller sämre av vila?	
Är du morgonstel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, hur många minuter sitter det i:	
Har du ryggvärk och stelhet som väcker dig på nätterna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Har du svullna leder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, är det på grund av mjukdelssvullnad och/eller på grund av knotiga leder:	
Har du återkommande feberperioder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, hur hög feber:	

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

Skicka blanketten till
 Västmanlands sjukhus Västerås
 Reumatologmottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 1, plan 1

Vid frågor, kontakta
 021-17 55 40

Internet
www.1177.se

Har du hudutslag? Om ja, vilken typ och var:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Blir du kritvit eller blå om fingrarna vid kyla?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du någon gång fått diagnosen hjärtsäck- eller lungsäcksinflammation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du någon nära släkting med en reumatisk diagnos? Om ja, vilken diagnos?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om ja, var och när:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Tar du mediciner regelbundet? Om ja, 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:
--------	------------------