

Stroke- och neurologimottagningen

 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:	
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för:	
Har du sökt vård tidigare för neurologiska symptom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken mottagning och årtal:	
Tar du några mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka mediciner:	
Har du några andra sjukdomar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka sjukdomar:	
Finns det någon ärftlig neurologisk sjukdom i släkten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken:	
Röker du? <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
 Stroke- och neurologimottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress

 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 1, plan 6

Vid frågor, kontakta

021-17 39 66

Internet
www.1177.se

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 inte godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/>	
Underskrift	
Datum:	Namnunderskrift: