

**Urologmottagningen**

 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:  |                            |
| När började besvären? <input type="checkbox"/> Mindre än tre månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> Mer än 6 månader |                            |
| Har du fått behandling för dina besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om ja, vilken behandling:                       |                            |
| Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om ja, vilken mottagning och årtal:         |                            |
| Har du någon allergi/överkänslighet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om ja, mot vad:                                    |                            |
| Kontrolleras du regelbundet för någon/några sjukdomar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om ja, vilken/vilka sjukdomar:   |                            |
| Tar du några mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br>Om ja, vilken/vilka mediciner:                      |                            |

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

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

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 2

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 42 60

**Internet**  
[www.1177.se](http://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:   |                  |
| <b>Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.</b>   |                  |
| Om du <b>inte</b> godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här <input type="checkbox"/>          |                  |
| <b>Underskrift</b>   |                  |
| Datum:   | Namnunderskrift: |