

## Vuxenpsykiatri Köping

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 besvären funnits?		
Har du pågående behandlingskontakt för dina psykiska besvär?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, hos vem:		
Har du tidigare behandlats för dina psykiska besvär?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, när, för vad och hos vem:		
Har du haft något missbruk?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vad och när:		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken:		

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

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands sjukhus Köping  
 Allmänpsykiatriska mottagningen  
 731 81 Köping

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Köping, Vårdcentralen,  
 Glasgatan 27

**Vid frågor, kontakta**  
 0221-263 74

**Internet**  
[www.1177.se](http://www.1177.se)

Tar du några mediciner? Om ja, vilka:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är du sjukskriven? Om ja, för vad, av vem, sjukskrivningsgrad och hur länge är du sjukskriven?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Kryssa i det som gäller för dig: <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Minderåriga barn <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Arbetssökande <input type="checkbox"/> Pensionär			
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:			
<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:		