

Vuxenpsykiatri Västerås

 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? Om ja, hos vem: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du tidigare behandlats för dina psykiska besvär? Om ja, när, för vad och hos vem: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du haft något missbruk? Om ja, vad och när: | <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
 Allmänpsykiatriska mottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 29, plan 5

Vid frågor, kontakta
 021-17 51 00

Internet
www.1177.se

| | | | |
|---|------------------|------------------------------------|---|
| Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom? Om ja, vilken: | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| 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"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Pensionär | | | |
| Behöver du en tolk? Ange språk här: | | <input type="checkbox"/> Språktolk | <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk |
| 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 <input type="checkbox"/> |
| Underskrift | | | |
| Datum: | Namnunderskrift: | | |