

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postadress
Telefon hem	Mobiltelefon
Närmast anhörig	Tel.nr
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du söker för. Ange hur länge besvären har funnits.	
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mottagning och årtal:	
Har du någon allergi eller överkänslighet?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Allergi/överkänslighet mot:	
Har du någon smittsam sjukdom (t.ex. Hepatit, HIV, MRSA, Vre)	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Sjukdom:	
Tar du mediciner regelbundet?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mediciner:.....	
Ytterligare upplysningar.	
Godkänner du begäran av journalkopior från annan mottagning?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Ange eventuellt behov av tolk.	Vårdcentral/Landsting
<input type="checkbox"/> Språk:	

Skickas till:
Specialistmottagningen
Norra Källgatan 26
722 11 Västerås

Ort och datum

Namnteckning