

Venereologisk mottagning

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: | | |
| Beskriv varför du söker, ex. någon har uppmanat dig att testa dig, testa dig för säkerhets skull, besvär, ny partner: | | |
| Har du besvär? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, ge en beskrivning av besvären, t ex blödning, klåda, stickning, sveda, flytning, smärta: |
| Har du haft oskyddat sex det senaste året? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, när var den senaste sexkontakten: |
| Hur har du haft sex det senaste året? | | <input type="checkbox"/> Vaginalt samlag <input type="checkbox"/> Oralt samlag <input type="checkbox"/> Analt samlag |
| Vem/vilka har du haft sex med det senaste året? | | <input type="checkbox"/> Män <input type="checkbox"/> Kvinnor <input type="checkbox"/> Både män och kvinnor |
| Har du haft sex utomlands? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du en fast partner? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du någon allergi eller överkänslighet? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, mot vad: |
| Tar du mediciner regelbundet? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilken/vilka mediciner: |

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

Skicka blanketten till
 Västmanlands sjukhus Västerås
 Venereologmottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, Ingång 5

Vid frågor, kontakta
 021-17 32 49

Internet
 www.1177.se

| | |
|---|------------------|
| Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövsblindtolk | |
| 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: |