



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 besvärerna? ☐ Mindre än tre månader ☐ 3-6 månader ☐ Mer än 6 månader			
Har du fått behandling för dina besvär?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja, vilken behandling:			
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja, vilken mottagning och årtal:			
Har du någon allergi/överkänslighet?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja, mot vad:			
Kontrolleras du regelbundet för någon/några sjukdomar?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja, vilken/vilka sjukdomar:			
Tar du några mediciner regelbundet?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja, vilken/vilka mediciner:			

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

Skicka blanketten till
Ainnova Kirurgi AB
Flottiljgatan 67
721 31 Västerås

Besöksadress
Ainnova Kirurgi AB
Flottiljgatan 67
721 31 Västerås

Vid frågor, kontakta
021-440 12 60

Internet
<https://www.ainnovakirurgi.se/>