

Frågeformulär Inför bedömning av hudförändring

Namn: _____

Personnummer: _____

Var sitter hudförändring/hudförändringarna? _____

Har de/de ändrat storlek?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Har de/de ändrat färg?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Har de/de ändrat form?	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>
Ärftlighet för Malignt Melanom	JA <input type="checkbox"/>	NEJ <input type="checkbox"/>

Kommentar: _____

Hudtyp:

Blir alltid röd, aldrig brun <input type="checkbox"/>	Blir oftast röd, ibland brun <input type="checkbox"/>
Blir ibland röd, oftast brun <input type="checkbox"/>	Blir aldrig röd, oftast brun <input type="checkbox"/>
Måttligt mörkhyad <input type="checkbox"/>	Mörkhyad <input type="checkbox"/>

Solvanor:Solar mycket Solar ibland Solar sällan **Tidigare Hudcancerdiagnos:** JA NEJ **Om ja:**Melanom Basiliom Skivepitel Vet ej Godkänner att bilder används för utbildning JA NEJ