

**Kärlkirurgiska kliniken,  
åderbräck**

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:		
Har du synliga åderbräck?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hur länge har du haft symtom?		
Känns det bättre om benet är i högläge eller när det hänger ner?		
Blir du svullen om benen? Känns de tunga?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du haft eller har sår på benen? Om ja, var satt/sitter såren i så fall?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Använder du eller har du använt stödstrumpor? Om ja, blev dina besvär bättre eller sämre av stödstrumpor?		<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  
Kärlkirurgiska kliniken, åderbräck  
721 89 Västerås

**Besöksadress**  
Västmanlands sjukhus  
Västerås, Ingång 26 el. 28

**Vid frågor, kontakta**  
021-17 56 02

**Internet**  
www.1177.se

Har du någon gång haft blodpropp i benet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har ni åderbråcksproblem i släkten? Om ja, vem/vilka?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Är huden brunaktigt missfärgad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du besvär med klåda?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Behöver du en tolk? Ange språk här:	<input type="checkbox"/> Språktolk	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk	<input type="checkbox"/> Dövsblindtolk
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

**Underskrift**

Datum:	Namnunderskrift:
--------	------------------