

**Kärlkirurgiska kliniken,  
kroppspulsåderbräck**

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 ni kroppspulsåderbräck i släkten? Om ja, vem/vilka?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Röker du?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tar du mediciner regelbundet? Om ja, vilken/vilka mediciner?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du haft bukväggsbräck tidigare?		<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"/> Dövblindtolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:		<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  
kroppspulsåderbräck  
721 89 Västerås

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

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

**Internet**  
www.1177.se

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: