

**Bröstenheten,
bröstsytom**

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/sytom du vill söka för:		
Vilken typ av besvär har du: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Knöl <input type="checkbox"/> Konsistensökning <input type="checkbox"/> Hudindragning <input type="checkbox"/> Indragen bröstvårta <input type="checkbox"/> Hudrodnad <input type="checkbox"/> Eksem <input type="checkbox"/> Klåda <input type="checkbox"/> Sekretion från bröstvårta <input type="checkbox"/> Svullnad <input type="checkbox"/> Ömhet 		
Om knöl, skriv ungefärlig storlek:		
Hur länge har du haft besvär?		
Använder du något hormonpreparat?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilket:		
Finns det någon bröst/tumörssjukdom i släkten?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken/vilka personer har drabbats. Vid vilken ålder drabbades de och vilken tumörssjukdom:		

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

Skicka blanketten till
Västmanlands sjukhus Västerås
Bröstenheten
721 89 Västerås

Besöksadress
Västmanlands sjukhus
Västerås, Ingång 1, plan 3

Vid frågor, kontakta
021-17 5880

Internet
www.1177.se

Har du fött barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, skriv antal födda barn samt årtal för födelse/födslar:	
Senaste mammografiundersökning:	
Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk Ange språk här:	
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? 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:
--------	------------------