

**Bröstenheten,
förminskningsoperation bröst**

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:			
Kroppslängd:			
Aktuell vikt:			
Vid bedömning av ev. operation kontrolleras bland annat aktuellt BMI=Body mass index. För denna operation krävs BMI <25. Har din aktuella vikt varit stabil de senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
De små blodkärlen drar ihop sig när man använder nikotin och det försämrar sårhäkning och medför ökad risk för komplikationer. Vi kräver absolut nikotinstopp minst 3 månader innan besöket. Har du varit nikotinfri de senaste 3 månaderna? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Har du fött barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, skriv antal födda barn samt årtal för födsel/födslar:			
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:			

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 58 80

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: