



Mammografimottagning Falun

Egen vårdbegäran

Ankomstdatum: _____

Om du vill söka vård ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom två veckor så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral

Vilken typ av besvär har du?		
	Knöl	Eksem
	Konsistensökning	Klåda
	Hudindragning	Sekretion från bröstvärta
	Indragen bröstvärta	Svullnad
	Hudrodnad	Ömhet
Om knöl, skriv ungefärlig storlek		
Ange hur länge du haft besvär		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?	Ja	Nej
Om ja, vilken mottagning och årtal:		
Kontrolleras du regelbundet för någon sjukdom?	Ja	Nej
Om ja, vilken sjukdom:		
Tar du mediciner regelbundet?	Ja	Nej
Om ja, vilka mediciner:		
Använder du något hormonpreparat?	Ja	Nej
Om ja, vilket?		
Har du tidigare gjort någon bröstoperation?	Ja	Nej
Om ja, för vad, vilket bröst, när och vid vilket sjukhus?		
Senaste mammografiundersökning?	Ange datum och ort för senaste mammografiundersökningen:	
Finns det någon bröst-, prostata- eller äggstockscancer i nära släkt (föräldrar, syskon, barn, far- och morföräldrar, kusiner)?	Ja	Nej
Om ja, ange vilka personer, vid vilken ålder drabbades de och av vilken cancersort?		
Har du någon allergi/överkänslighet?	Ja	Nej
Om ja, mot vad?		
Godkänner du att vi tar del av din journal från annan vårdgivare?	Ja	Nej
Om ja, ange vårdgivare:		

Eventuellt behov av tolk eller hjälp vid förflyttning	
Språktolk. Språk:	Teckenspråkstolk
Hjälp med förflyttning till stol/brits	Dövblindtolk

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i dennes kontaktuppgifter nedan	Ja	Nej	Skickas till
Namn	Telefon hem/moblitelefon		Falu Lasarett Mammografimottagning 791 82 FALUN

Kom ihåg att skriva under!