

Ankomstdatum:

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att informeras om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Egen vårdbegäran går inte att använda vid undersökningar som t.ex. röntgen och provtagning.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Listad vid hälsocentral/sjukstuga
I vilket bröst har du upptäckt en förändring? <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger		
Vilken förändring har du upptäckt i bröstet? <i>Du kan välja flera alternativ.</i>		
<input type="checkbox"/> Knöl i bröstet <input type="checkbox"/> Knöl i armhålan <input type="checkbox"/> Vätska från bröstvärtan. Vilken färg är vätskan?		
<input type="checkbox"/> Nyttillkommen indragning av bröstvärtan <input type="checkbox"/> Apelsinliknande hud <input type="checkbox"/> Klåda eller eksem <input type="checkbox"/> Rodnad <input type="checkbox"/> Smärta <input type="checkbox"/> Annat symtom. Beskriv:		
Beskriv förändringarna som du har i bröstet. <i>Till exempel om det är en mjuk eller hård knöl, var den sitter och om den är rörlig.</i>		
När upptäckte du förändringen i bröstet?		
Har du haft och avslutat en menstruation sedan du upptäckte förändringen i bröstet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Är förändringen kvar efter att du avslutat menstruationen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Jag har ingen mens		
Finns det ärftlighet för bröstcancer eller äggstockscancer i din släkt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du tidigare gjort en bröstundersökning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <i>Till exempel en mammografiundersökning eller ett ultraljud.</i>		
Har du tidigare genomgått en bröstoperation? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilken operation: I vilket bröst? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		
Använder du preventivmedel eller något läkemedel som innehåller hormoner? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Är du gravid? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Ammar du? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du några sjukdomar? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Vilken eller vilka sjukdomar?		
Använder du tobak? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Hur lång är du?		
Hur mycket väger du?		

Blanketten skickas direkt till:

 Kirurgcentrum
 Norrlands universitetssjukhus 901 85 Umeå