

**Bröstenheten,
bedömning hudöverskott mage**

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. Det är viktigt för vår bedömning att du fyller i alla uppgifter. Ofullständigt ifylld blankett skickas åter till dig.

Namn:		Personnummer:
Gatuadress:		Postnummer och postadress:
Telefon hem/mobilnummer:		
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för:		
<p>Observera att indikationen för bukplastik i vårt landsting beror på graden av hudöverskott. Det mäts på ett standardiserat sätt i stående position med armarna hängande efter sidan och där buköverhänget är som störst. Det är måttet mellan botten inne i vecket till överhängets undre kant som avses. Utan tryck eller drag i vävnaden ska detta mått vara minst 5 cm för att åtgärdas. Ange ditt mått efter mätning nedan.</p>		
Mått efter mätning (cm):	Kroppslängd (cm):	Aktuell vikt (kg):
Vid bedömning av ev. operation kontrolleras bland annat aktuellt BMI=Body mass index. För denna operation krävs BMI <27. 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:		

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

Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövsblindtolk	
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:	
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: