

**Hudmottagningen  
Hudförändring**

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 du vill söka för. Var sitter hudförändringen, storlek, vilken färg, hur är ytan, ger hudförändringen några symtom som tex. blödning/klåda/stickning, hur länge har du haft hudförändringen?		
Har du sökt vård tidigare för samma hudförändring? Om ja, vilken mottagning och årtal:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du tidigare tagit bort någon hudförändring? Om ja, vilken mottagning och årtal:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har någon i din släkt haft malignt melanom? Om ja, vilken typ av släktband:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon allergi eller överkänslighet? Om ja, vilken typ av allergi/överkänslighet:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

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

**Skicka blanketten till**  
 Västmanlands sjukhus Västerås  
 Hudmottagningen  
 721 89 Västerås

**Besöksadress**  
 Västmanlands sjukhus  
 Västerås, Ingång 5

**Vid frågor, kontakta**  
 021-17 35 02

**Internet**  
 www.1177.se

Tar du mediciner regelbundet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken/vilka mediciner:		

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:		

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:
--------	------------------