

**Kärlkirurgiska kliniken,
benvärk**

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:		
Hur länge har du haft dina symtom?		
Känns det bättre om benet är i högläge eller hänger ner?		
Är det sämre dagtid eller nattetid?		
Försämras det när du går?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hur långt kan du gå innan du behöver stanna eller får värk?		
Har du sår? Om ja, var sitter de?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Vad gör du för att lindra dina besvär?	
Tar du smärtstillande läkemedel? Om ja, vilket/vilka läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tar du mediciner regelbundet? Om ja, vilken/vilka mediciner?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Röker du? Om ja, hur mycket och hur länge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Svullnar du i benen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du någon hjärt- eller kärlsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Behöver du en tolk? Ange språk här:	<input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten? Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
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:
--------	------------------