



Venöst Centrum

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för. Hur påverkar besvären din vardag?		
Vilket ben har du mest besvär med? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		
Hur länge har du haft de aktuella besvären?		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		
Tar du blodförtunnande läkemedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om ja, ange vilket:		
Längd:	Vikt:	
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Blanketten skickas till:

Venöst Centrum
Karlskoga lasarett
691 81 Karlskoga