



## Bröstcentrum

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	

Om du har känt förändringar i dina bröst ber vi dig fylla i nedanstående frågor och sedan skicka in formuläret till bröstcentrum Universitetssjukhuset Örebro.

Om ömhet är orsak till kontakt, ange var	Höger	Vänster	Båda sidor	Nej
Om knöl är orsak till kontakt, ange var	Höger	Vänster	Båda sidor	Nej
Varierar knölen med menstruationscykeln?	Nej	Ja		
Om du svarar ja, beskriv hur den varierar (obligatorisk).				
Har du flytning från bröstvårta, ange var	Höger	Vänster	Båda sidor	Nej
Om du svarar höger, vänster eller båda sidor, ange flytningens färg (obligatorisk).				
Ange hur länge du har känt symtom (dagar, veckor, månader) (obligatorisk)				
Har du gjort mammografiundersökning?	Ja	Nej		
Om du svarar ja, skriv månad och år när undersökningen genomfördes (obligatorisk).				
Har någon nära släktingbröstcancer?	Ja	Nej		
Om du svarar ja, ange släktrrelation (mor, syster, moster, etc.) och ålder vid diagnos (obligatorisk).				
Behöver du en tolk?	Ja	Nej		
Om ja, vilket språk?				

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

**Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare****Blanketten skickas till:**

Bröstcentrum  
Universitetssjukhuset Örebro  
701 85 Örebro