Region Örebro län

Remiss till Venöst centrum från kommun avseende patient med ben- eller fotsår

Namn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon	Vårdcentral

På vilket ben finns såret/såren? Höger ◻ Vänster ◻
Var på benet/benen finns såret/såren? Fot ◻ Underben ◻
Ankeltryck / ABPI: Höger ◻ Vänster ◻
Typ av kompression? Kompressionslindning ◻ Kompressionsstrumpor ◻ Ingen ◻
Andra symtom som värk, svullnad, klåda, eller hudförändringar?
Har vård sökts tidigare för samma besvär? I så fall vart? Vilket år?
Längd: Vikt:
Kontrolleras hon/han för någon annan sjukdom? Nej ◻ Ja◻ Om Ja i så fall vilken/vilka?
Känd smitta? Nej Ja Vid Ja, i så fall vilken (MRSA, Blodsmitta)
Tolk. Om Ja vilket språk?
Fritext:

_____
Underskrift (inremitterande)

_____
Datum

_____
Namnförtydligande

_____
Telefonnummer

_____
Kommun

Skicka remissen till:
Venöst centrum
Karlskoga lasarett
691 81 Karlskoga