

**Remiss till Venöst centrum från kommun**

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
Vilket ben har hon/han mest besvär med? <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		
Har patienten bensår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, men haft tidigare <input type="checkbox"/> Nej, aldrig haft		
Om Ja, var på benet? Omläggningar per vecka?		
Kompressionslindad? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Kompressionsstrumpa? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Andra symtom som värk, svullnad, klåda, eller hudförändringar?		
Har vård sökts tidigare för samma besvär? I så fall vart? Vilket år?		
Kontrolleras hon/han för någon annan sjukdom? Om Ja i så fall vilken/vilka? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Känd smitta? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Vid Ja, i så fall vilken (MRSA, Blodsmitta)		
Tolk. Om Ja vilket språk?		
Fritext:		

---

Underskrift (inremitterande)

---

Datum

---

Kommun

---

Telefonnummer**Skicka remissen till:**

Venöst centrum  
Karlskoga lasarett  
691 81 Karlskoga