

Bilaga till remiss för bukreduktionsplastik

Personnummer:	Namn:
---------------	-------

Kriterier:			
BMI <30	Längd, cm:	Vikt, kg:	BMI:
Viktstabilitet i minst 6 månader	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	Om ja, hur länge:
Överhäng >3 cm, <i>mätt i stående från hudveck och ned</i>	Om:		
Rökfri	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	Om ja, hur länge:
Gall-opererad, <i>öppen teknik</i>	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	
Intriginösa besvär, <i>eksem eller svamp</i>	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	
Planeras fler graviditeter	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	
Om överviktskirurgi:			
Överviktsopererad	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	
Typ av kirurgi	Gastric sleeve <input type="checkbox"/>	Gastric bypass <input type="checkbox"/>	Annan:
Skall ha gått minst 2 år efter operation	Ja: <input type="checkbox"/>	Nej: <input type="checkbox"/>	År för operation:

Bifoga foto, stående framifrån och från sidan!

Datum:	Bilaga ifylld av (text):
Inremitterande enhet:	

Uppdaterat från föregående version

Ändrat från gastric bypass till överviktskirurgi. Förtydligat vad gäller viktstabilitet och rökfrihet samt typ av överviktskirurgi.