

Rehabexperten behandlar personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen GDPR

Personnummer (10 siffror):   
Förnamn: \_\_\_\_\_  
Efternamn: \_\_\_\_\_  
Adress: \_\_\_\_\_  
Postnr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon hem: \_\_\_\_\_  
arb: \_\_\_\_\_  
mobil: \_\_\_\_\_

Söker Du på rekommendation från någon av nedanstående:

- Eget initiativ  
 Läkarrekommendation (utan remiss) \_\_\_\_\_  
 Remiss  
 Rekommendation från annan \_\_\_\_\_

1. Vilket är Ditt/Dina besvär?

\_\_\_\_\_

2. När började Dina besvär?

\_\_\_\_\_

3. Hur började besväret?

smygande  plötsligt

4. Hur har besväret utvecklats?  oförändrat  sämre  bättre

5. Är det någon aktivitet/kroppsposition som minskar/lindrar besvären?

ja om ja beskriv: \_\_\_\_\_  
 nej

6. Är det någon aktivitet/kroppsposition som utlöser eller förvärrar besvären?

ja om ja beskriv: \_\_\_\_\_  
 nej

Var god vänd.

Använd bokstäverna nedan och markera på bilden var du har dina *aktuella* besvär  
 Rita in alla områden där du har besvär så EXAKT som möjligt.

N= molande

X= brinnande

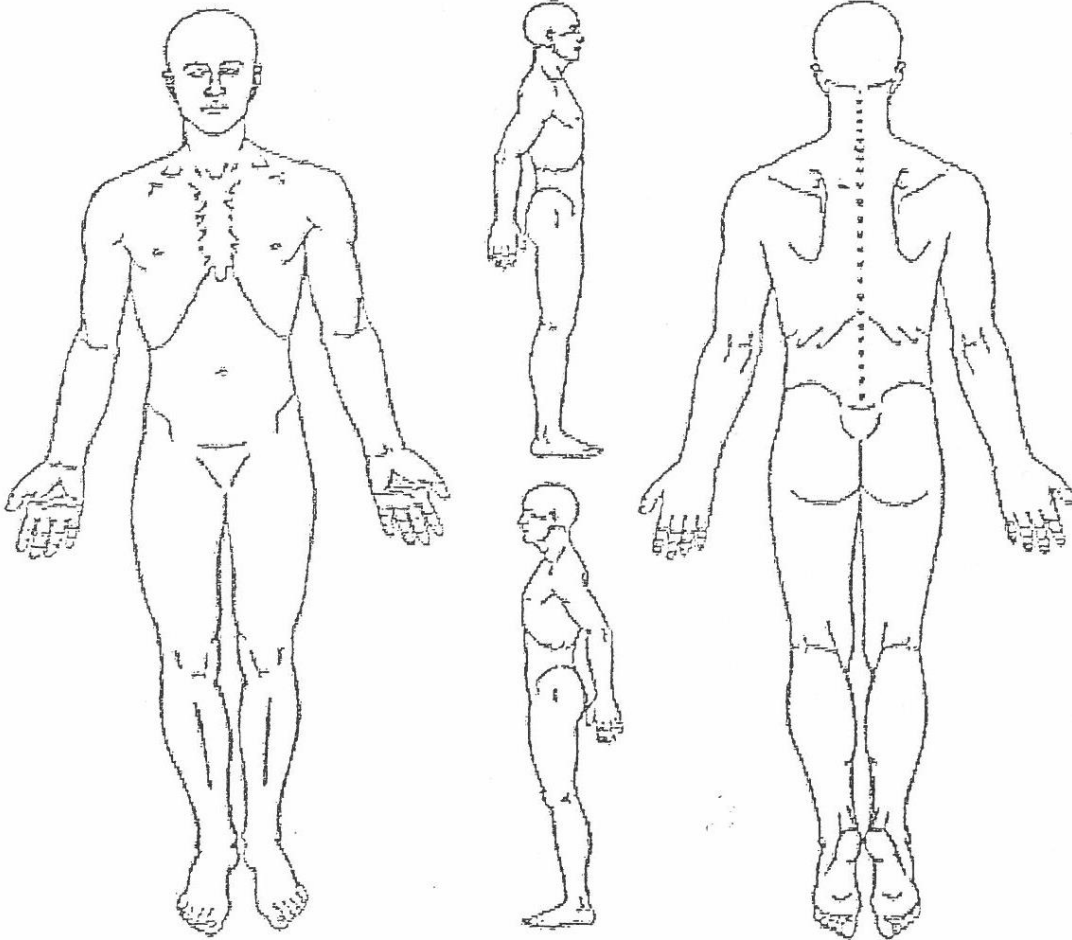
= = domnad/känslenedsättning

S= muskelkramp

I I I= huggande

..... = stickande/pickande

A= annat symptom



### Smärta

Hur ont, smärta eller värk, har du av dina aktuella besvär?

Markera med ett X på linjen

Ingen smärta/värk

Värsta tänkbara smärta/värk

Hur ont har du *just nu*?

Hur ont har du haft i  
*genomsnitt* senaste veckan?

Hur ont har du haft  
 som *värst* senaste veckan?

7. Om ja i fråga 6 .  
Hur mycket aktivitet behövs för att utlösa besväret?

Besväret utlöses:

- utan aktivitet                       viss aktivitet  
 knappt någon aktivitet             klarar mycket aktivitet innan symtomen visar sig

8. Finns besvären konstant?             ja             nej

9. Hur lång tid tar det för symtomen att avta efter aktivitet som utlöst den?

\_\_\_\_\_ minuter            \_\_\_\_\_ timmar            \_\_\_\_\_ dagar

10. a) Förändras besväret under dygnet?             ja             nej  
b) Om ja, när är det värst?             morgon             dag             kväll             natt

11. a) Har Du sömnbesvär pga. smärta?             ja             nej  
b) Har Du sömnbesvär av annan orsak             ja             nej  
om ja ange orsak \_\_\_\_\_

12. Får Du ont när Du hostar eller nyser?             ja             nej

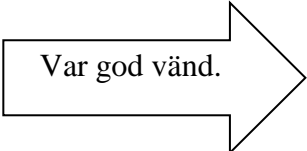
13. a) Tar Du medicin mot smärtan?  
 ingen             vid behov             kontinuerligt

b) I så fall vilken medicin?  
\_\_\_\_\_

c) Hur upplever Du dess smärtlindrande effekt?

- Ingen lindring  
 Viss lindring  
 Fullständig lindring

Var god vänd.



14. Har Du under de **två senaste månaderna** haft något/några av följande besvär:

- |                            |                             |                              |
|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| -oförväntad viktförändring | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| -nattlig smärta            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| -nattsvevning              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| -svettningar               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| -sjukdomskänsla            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| -feberkänsla               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| -illamående                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| - yrsel                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| -lättretlighet             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

15. Vad har Du för sysselsättning/arbete?

\_\_\_\_\_

16. Är Du sjukskriven / har Du sjukbidrag?  ja  nej

Om ja, vilken tidsperiod har Du varit / är Du sjukskriven?

\_\_\_\_\_

17. Har Du genomgått några undersökningar för Dina besvär?

röntgen  magnetkamera/datortomografi  lab. prover

annat \_\_\_\_\_

läkarkontakt \_\_\_\_\_

18. a) Har Du / har Du haft

- |                          |                             |                              |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - Hjärtbesvär            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| - Cancer/tumörsjukdom    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| - Reumatiska sjukdomar   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| - Neurologiska sjukdomar | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| - Blodsmitta             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |
| - Andra sjukdomar        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nej |

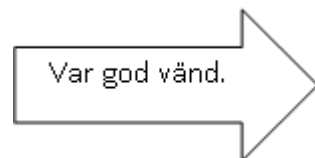
Om ja vilka?

\_\_\_\_\_

b) Äter Du några mediciner för dessa sjukdomar?

\_\_\_\_\_

Var god vänd.



19. Har eller har någon av Dina föräldrar, mor- eller farföräldrar, syskon haft hjärtbesvär, tumörsjukdom, reumatisk sjukdom eller annan allvarlig sjukdom?

ja     nej    om ja vilka? \_\_\_\_\_

20. Har Du opererats någon gång.     ja     nej

Om ja, för vad och när? \_\_\_\_\_

21. Känner du en ökad stress/psykisk belastning?

Ja  
 Nej

22. Har Du någon gång råkat ut för någon olycka?  ja     nej

Om ja, för vad och när \_\_\_\_\_

23. Behandlas Du nu eller har Du behandlats tidigare för Dina nuvarande besvär hos:

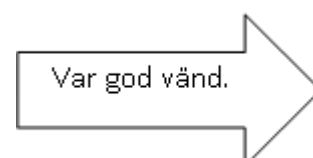
läkare             sjukgymnast             kiropraktor             naprapat  
 annan \_\_\_\_\_

24. Hur var effekten av denna behandling? \_\_\_\_\_

25. Vilka förväntningar har Du på behandlingen?

\_\_\_\_\_

På Rehabexperten förs journal på internt datanätverk. Endast vårdgivare på kliniken har tillgång till dessa uppgifter.



Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp (så här ☒) , vilket påstående som bäst beskriver Ditt hälsotillstånd i dag.

### Rörlighet

- Jag går utan svårigheter
- Jag kan gå men med viss svårighet
- Jag är sängliggande

### Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

### Huvudsakliga aktiviteter (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter*)

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

### Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

### Oro/nedstämdhet

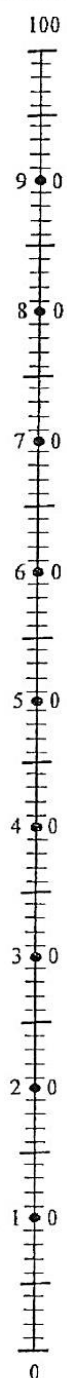
- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har Ditt bästa tänkbara hälsotillstånd markerats med 100 och Ditt sämsta tänkbara hälsotillstånd med 0.

Vi vill att Du på denna skala markerar hur bra eller dåligt Ditt hälsotillstånd är, som Du själv bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt Ditt nuvarande hälsotillstånd är.

**Ditt  
nuvarande  
hälsotillstånd**

Bästa  
tänkbara  
tillstånd



Sämsta  
tänkbara  
tillstånd

Godkänner Du att vi vid behov kan kontakta Dig via sms    Ja     Nej

På Rehabexperten förs journal på internt datanätverk. Endast vårdgivare på kliniken har tillgång till dess uppgifter. Vi följer patientdatalagen.

Återbud lämnas senast 24 timmar före bokad tid, annars debiteras 200kronor.  
(vid faktura tillkommer administrativ avgift)

Jag har tagit del av ovanstående information

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Personnummer

\_\_\_\_\_  
Namnunderskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande