

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 plötsligt4. 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: _____
 nejVar 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

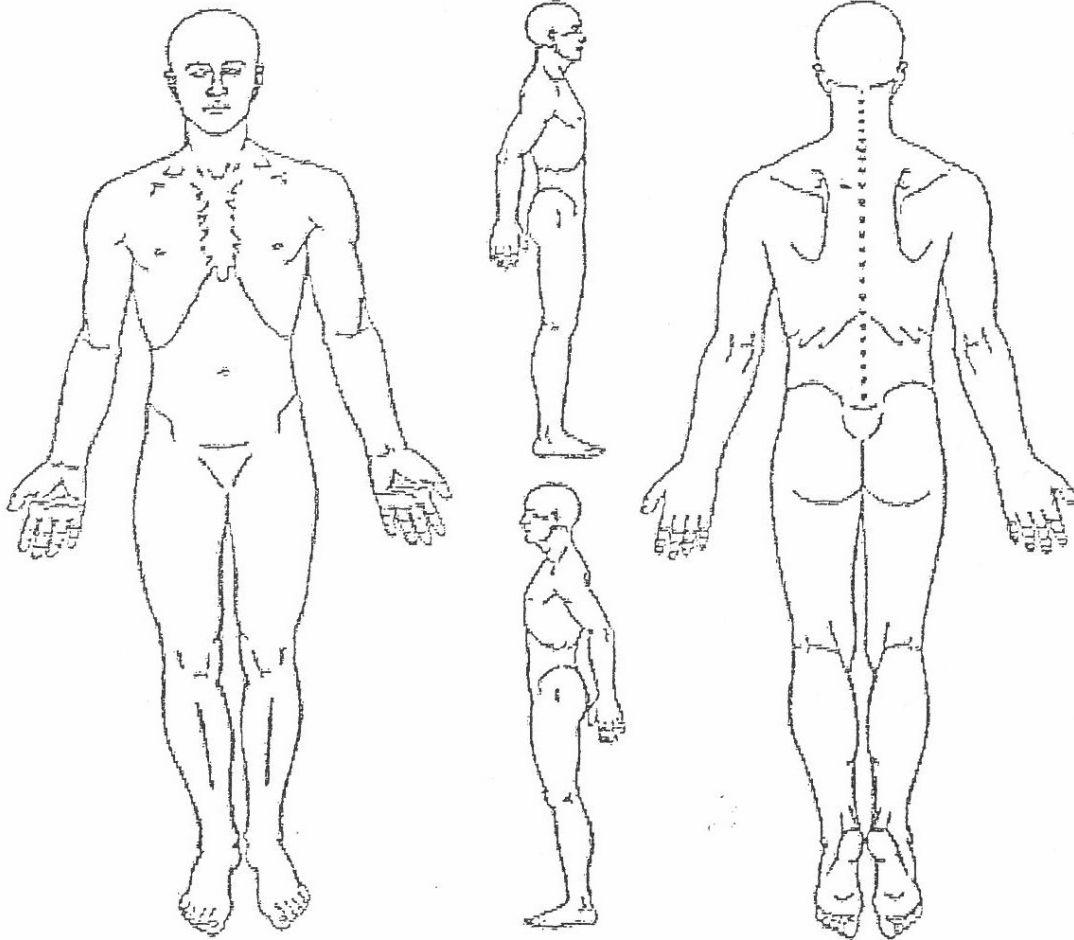
== domnad/känslenedsättning

S= muskelkramp

III= 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?

Three horizontal lines are provided for marking pain levels. The top line is for 'just nu' (right now), the middle line is for 'genomsnitt' (average) of the last week, and the bottom line is for 'som värst' (worst) of the last week. Each line has a downward-pointing arrow at the left end and an upward-pointing arrow at the right end, indicating the scale from 'Ingen smärta/värk' to 'Värsta tänkbara smärta/värk'.

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

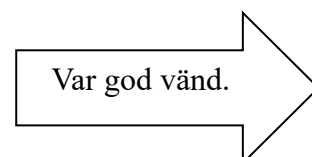
13. a) Tar Du medicin mot smärtan?
 ingen vid behov kontinuerligt

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 _____

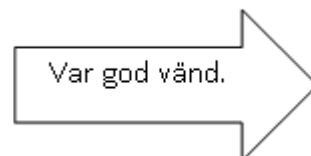
18. a) Har Du / har Du haft

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - 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 _____

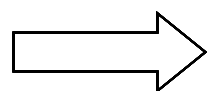
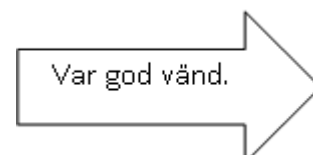
23. Behandlas Du nu eller har Du behandlats tidigare för Dina nuvarande besvär hos:

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.



RÖRLIGHET

Inga svårigheter att gå omkring

Lite svårigheter att gå omkring

Måttliga svårigheter att gå omkring

Stora svårigheter att gå omkring

Kan inte gå omkring

PERSONLIG VÅRD

Inga svårigheter att tvätta sig eller klä sig

Lite svårigheter att tvätta sig eller klä sig

Måttliga svårigheter att tvätta sig eller klä sig

Stora svårigheter att tvätta sig eller klä sig

Kan inte tvätta sig eller klä sig

VANLIGA AKTIVITETER (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter*)

Inga svårigheter att utföra sina vanliga aktiviteter

Lite svårigheter att utföra sina vanliga aktiviteter

Måttliga svårigheter att utföra sina vanliga aktiviteter

Stora svårigheter att utföra sina vanliga aktiviteter

Kan inte utföra sina vanliga aktiviteter

SMÄRTOR / BESVÄR

Inga smärtor eller besvär

Lite smärtor eller besvär

Måttliga smärtor eller besvär

Svåra smärtor eller besvär

Extrema smärtor eller besvär

ORO / NEDSTÄMDHET

Är varken orolig eller nedstämd

Är lite orolig eller nedstämd

Är ganska orolig eller nedstämd

Är mycket orolig eller nedstämd

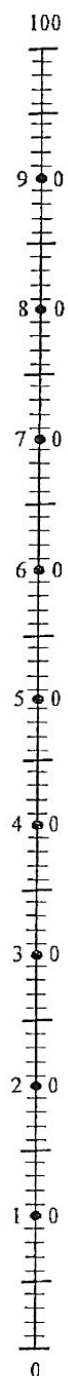
Är extremt orolig eller nedstämd

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