

Rehabexperten behandlar personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen GDPR

Personnummer (10 siffror):

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Ort: _____

Telefon hem: _____

arb: _____

mobil: _____

Mail-adress: _____

Söker Du på rekommendation från någon av nedanstående:

- Eget initiativ
 Läkarekommendation (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

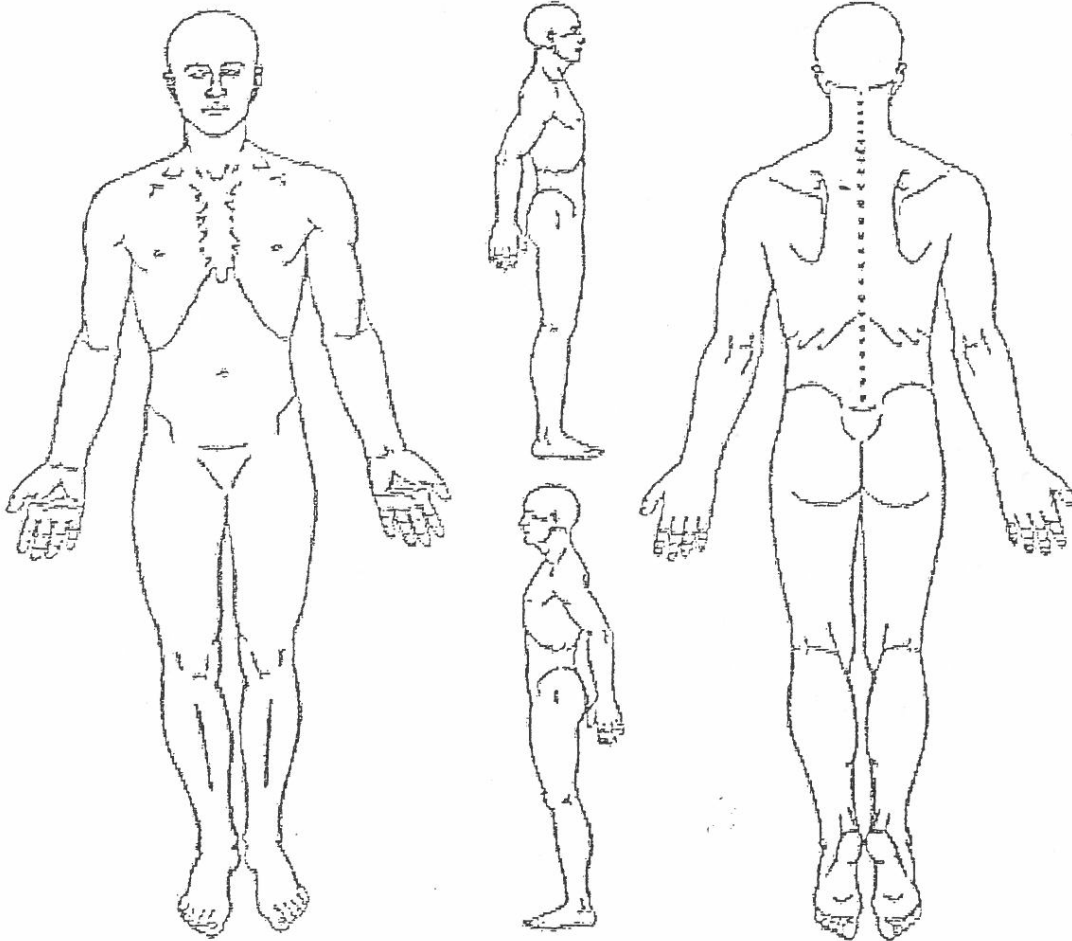
= = domnad/känslnedsättning

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?

Three horizontal lines with vertical end caps, used for marking the severity of pain. The first line is for 'just now', the second for 'average last week', and the third for 'worst last week'. Small downward-pointing arrows are positioned above the first and last lines.

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 _____

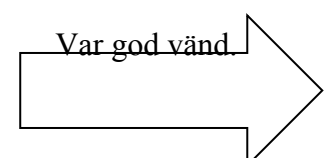
12. Får Du ont när Du hostar eller nyser? ja nej

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



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 |
| -nattsvettning | <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 _____

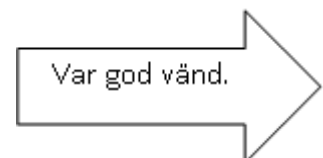
18. a) Har Du / har Du haft

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

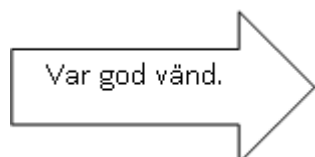
23. Behandlas Du nu eller har Du behandlats tidigare för Dina nuvarande besvär hos:

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.



Godkänner Du att vi vid behov kontaktar Dig via mail 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 400 kronor.
(vid faktura tillkommer administrativ avgift)

Jag har tagit del av ovanstående information

Ort

Datum

Personnummer

Namnunderskrift

Namnförtydligande