

**EGENREMISS/INTRESSEANMÄLAN SPECIALISTVÅRD REHABILITERING**

Förnamn och efternamn		Personnummer	
Gatuadress		Postnummer och ort	
Telefonnummer		e-postadress	
<input type="checkbox"/> Jag godkänner att få SMS-påminnelser			

**Besvär / Medicinsk bakgrund**

1. Vilka besvär har du? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. När började det? \_\_\_\_\_
3. Vilken diagnos har du? \_\_\_\_\_
4. Vilka av följande besvär stämmer in på dig? (flera kan gälla )  
 smärta/värk  svår ömhet  utmattning  trötthet  oro  nedstämdhet  ångest  PTSD
5. Har du sökt husläkare för dina besvär?  ja  nej
6. Ordinarie läkare: \_\_\_\_\_ Mottagning: \_\_\_\_\_
7. Har du genomgått rehabilitering tidigare?  nej  Ja, på kliniken/mottagningen: \_\_\_\_\_
8. Har du varit med om en svår upplevelse?  
 nej  ja, olycka  ja, övergrepp  ja, annat: \_\_\_\_\_
9. Har du sökt specialist i psykiatri?  nej  ja tidigare  ja, har pågående kontakt  vet ej

**Bakgrund / Arbetsliv**

10. Familjesituation: \_\_\_\_\_
11. Språk:  talar svenska obehindrat  behöver tolk, språk: \_\_\_\_\_
12. Yrke nu eller tidigare: \_\_\_\_\_
13. Hur är din arbetsituation nu?  
 arbetar \_\_\_\_\_%  sjukskriven \_\_\_\_\_%  arbetssökande  studerande  ålderspensionär
14. Har du en pågående försäkringstvist/överklagande?  
 nej  ja, med försäkringskassan  ja, med försäkringsbolag

**Mediciner**

15. Vilka mediciner använder du? specificera sort, dos och hur länge du använt dem

Medicinens namn	Styrka	Dos	Hur ofta?	Använt sedan	Övriga upplysningar

**Utmattning / trötthet**

16. Har du en allmän trötthet som inte går att vila bort? (markera med ett kryss på skalan)

INGEN |-----| MAXIMAL

17. Är du så trött att det påverkar ditt liv påtagligt? nej ja, sedan 1-6 månader ja, sedan länge

18. Började dina besvär med trötthet? nej ja

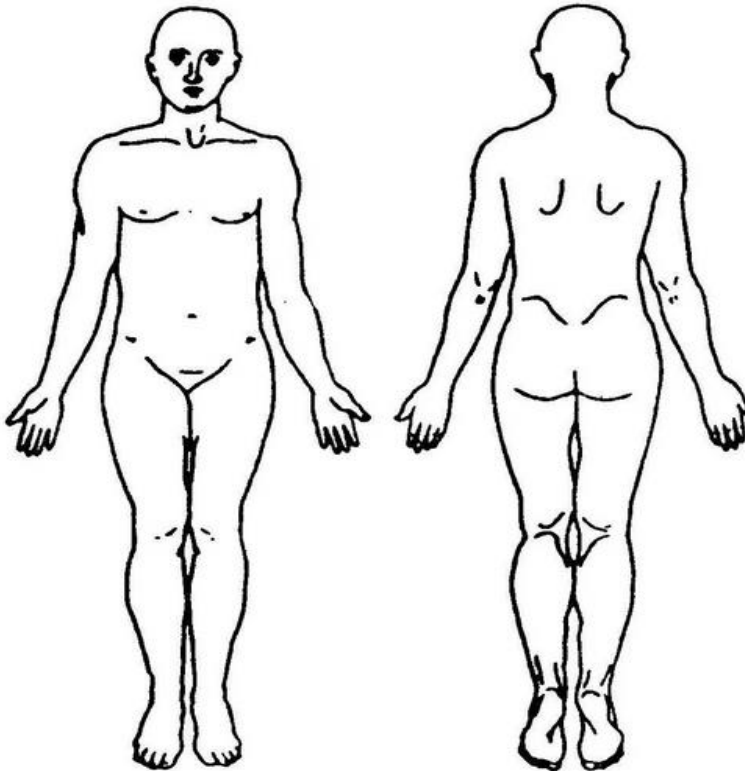
**Smärta**

19. Hur mycket smärta har du just nu? (markera med ett kryss på skalan)

INGEN |-----| MAXIMAL

20. Hur länge har du haft smärta? har ingen 1-3 mån 3-12 mån 1-5 år 5-10 år >10 år

21. Var har du besvär? (skugga alla områden, och markera med pil om det strålar ut)



Din vikt: \_\_\_\_\_ kg

Din längd: \_\_\_\_\_ cm

**Rehabilitering**

22. Vad skulle ditt personliga mål med rehabiliteringen vara? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Finns det något som hindrar dig från att delta i rehabilitering under 8-12 veckor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Något annat som du tror det vore bra för oss att veta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Med min namnteckning intygar jag att jag själv lämnat uppgifterna, och att jag godkänner att svaren kan användas i anonym redovisning inom forskning. Jag ger berörd personal vid Bragée Rehab rätt att ta del av journaler, röntgenbesked och läkemedelsförteckning. (medgivande kan återkallas av dig)

Ort/datum.....

Namnteckning .....