

## Egenanmälan smärtrehabilitering

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Telefonnummer:

E-mail:

1. Beskriv dina aktuella besvär:
2. Hur länge har du haft besvär?
3. Hur mycket smärta har du just nu? Markera med ett kryss på skalan:  
0 \_\_\_\_\_ 10
4. Beskriv vad du önskar hjälp med:
  
5. Har du sökt vård tidigare? Var?
6. Har du sökt vård tidigare? När?
7. Vilken utredning har gjorts?
  
8. Har du fått någon diagnos på dina smärtor? Vilken diagnos?
  
9. Har du genomgått rehabilitering tidigare? På mottagning/klinik:
  
10. Har du andra sjukdomar eller medicinska tillstånd? Vilka?
  
11. Tar du några mediciner? Vilka?
  
12. Beskriv din familjesituation:
  
13. Yrke, nu eller tidigare:
14. Hur är din arbetssituation?
15.  Arbetar ... %  Sjukskriven ... %  Arbetssökande  Studerande  Pensionär
15. Finns det något annat som du tror är viktigt att berätta?
  
16. Hur fick du kännedom om oss? (Via internet, Via min vårdcentral/läkare, på rekommendation från tidigare patient, Annat)
  
17. Jag godkänner att bli kontaktad via mejl: JA NEJ

Jag godkänner att berörd personal vid Kognitiva teamet rehab får ta del av ospärrade journaler från andra vårdgivare och läkemedelsförteckningen:

JA

NEJ



