

Egenanmälan stress/utmattning

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer och ort:

Telefonnummer:

E-mail:

1. Beskriv dina aktuella besvär:
2. Hur länge har du haft besvär?
3. Har du en trötthet som inte går att vila bort? Markera på linjen:
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 för de aktuella besvären? Vilken diagnos?
9. Känner du dig deprimerad idag? Ja/nej
10. Har du haft depressiva perioder tidigare och sökt/fått hjälp för det?
11. Har du genomgått rehabilitering tidigare? På mottagning/klinik:
12. Har du andra sjukdomar eller medicinska tillstånd, vilka?
13. Tar du några mediciner? Vilka mediciner?
14. Beskriv din familjesituation:
15. Yrke, nu eller tidigare:
16. Hur är din arbetssituation?
 Arbetar ... % Sjukskriven ... % Arbetssökande Studerande Pensionär
17. Finns det något annat som du tror är viktigt att berätta?
18. Hur fick du kännedom om oss? (Via internet, Via min vårdcentral/läkare, på rekommendation från tidigare patient, Annat)
19. 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

