

Förnamn och efternamn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer och ort

Telefon:

Mobil:

E-post:

Jag söker hjälp för:

(Obligatorisk)

- Utmattningssyndrom
- Långvarig smärta
- Kombinationen av båda

Vilka av följande symptom besväras du av? Sätt kryss framför det som gäller dig.

(Obligatorisk)

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Fysisk trötthet | <input type="checkbox"/> | Oro |
| <input type="checkbox"/> | Mental trötthet | <input type="checkbox"/> | Ångest |
| <input type="checkbox"/> | Koncentrationssvårigheter | <input type="checkbox"/> | Panikattacker |
| <input type="checkbox"/> | Minnesproblem | <input type="checkbox"/> | Sömnsvårigheter |
| <input type="checkbox"/> | Svårigheter att hantera krav och tidspress | <input type="checkbox"/> | Muskelsvaghet |
| <input type="checkbox"/> | Svårt att hålla en röd tråd | <input type="checkbox"/> | Mag-/tarmbesvär |
| <input type="checkbox"/> | Värk | <input type="checkbox"/> | Humörsvängningar |
| <input type="checkbox"/> | Yrsel | <input type="checkbox"/> | Irritabilitet/kort stubin |
| <input type="checkbox"/> | Ljuskänslighet | <input type="checkbox"/> | Domningar |
| <input type="checkbox"/> | Ljudkänslighet | <input type="checkbox"/> | Strålning ut i ben och/eller armar |
| <input type="checkbox"/> | Nedstämdhet | | |

Övriga besvär, ge en kort beskrivning.

Hur länge har du haft besvären?

(obligatorisk)

Beskriv kortfattat hur problemen började!

(obligatorisk)

Har du genomgått några undersökningar för dina besvär, t ex röntgen, blodprover?

(obligatorisk)

Nej

Ja ⇒ Vilka undersökningar har det varit?

Har du sökt behandling för ovanstående besvär/symtom?

Nej

Ja ⇒ Har behandlingen varit till hjälp?

Tar du några mediciner?

Nej

Ja ⇒ **Vilka?**

Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

Arbetar

Studerar

Arbetssökande

Pensionär

Annat

Är du sjukskriven för dina besvär?

Nej

Ja ⇒ **I vilken omfattning är du sjukskriven? Kryssa för rätt alternativ.**

25 %

50 %

75 %

100 %

Hur länge har du varit sjukskriven? _____

**Anser din/dina läkare att du är färdigutredd med avseende på din långvariga smärta?
(besvaras endast av dig som söker för smärta.)**

Ja

Nej ⇒ **Vilka utredningar är inplanerade, enligt din kännedom?**

Finns det något mer som du tror är viktigt att vi känner till om dig och dina besvär?

**Vi behöver ta del av journaler från andra vårdgivare för att kunna ta ställning till din remiss.
Godkänner du att Re:act Rehab tar del av din sammanhållna journal under tiden du har
kontakt med oss?**

Ja, jag godkänner att Re:act Rehab tar del av min sammanhållna journal under den tid som jag har kontakt med dem.

Godkänner du att få sms-påminnelse av oss?

Ja Mobilnummer vi kan nå dig på: _____

Jag intygar att jag själv lämnat ovanstående uppgifter och att de är sanningsenliga.

Ort och datum:

Namnteckning:

Egenremissen skickas per post till:

Re:act Rehab AB
Västberga Allé 36C
126 30 Hägersten