



De personuppgifter vi samlar in om dig behandlas enligt de lagar och förordningar som gäller vid tidpunkten. Uppgifterna samlas in för att vi ska kunna behandla ditt ärende. I första hand använder vi uppgifterna för beställningar av handlingar gällande ditt ärende och i andra hand kan uppgifterna lämnas till tredje part som är vårdgivare. På sida två skriver du under att du tagit del av informationen gällande behandling av din personuppgifter

Egenvårdsremiss - Nacke

Personuppgifter

Tilltalsnamn	Efternamn	Personnummer (ÅAMMDD-XXXX)
Gatuadress		Hemtelefon
Postnr	Ort	Arbetstelefon
E-postadress		Mobiltelefon
Landsting/Region		

Sjukdomsrelaterade frågor

Går du på läarkontroller för något annat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, för vad?
Din Vårdcentral	Vårdcentralens adress:

Har du tidigare varit patient på Ryggkirurgiska Kliniken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, har du varit på <input type="checkbox"/> Mottagning <input type="checkbox"/> Inneliggande	Ange år

Är du opererad i nacken tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
För vad?	
På vilket sjukhus?	Vilket datum?

Har du gjort några röntgenundersökningar av nacken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Specificera var och när du gjort din röntgenundersökning. Obs! Magnetkameraundersökningen får ej vara äldre än ett år		
Om ja, har du varit på <input type="checkbox"/> Slätröntgen	Vid vilken röntgenavdelning?	När? (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Magnetkamera MRT		
<input type="checkbox"/> Datortomografi CT		

När startade dina nackbesvär? (tidpunkt)	Startade dina nackbesvär vid en speciell händelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vid vilken händelse	

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Var har du smärtan?	
<input type="checkbox"/> Halsrygg	<input type="checkbox"/> Bröstrygg
<input type="checkbox"/> Har ingen smärta i halsrygg/bröstrygg	
<input type="checkbox"/> Annat, ange var du har smärta:	
Har du smärta mitt i kotpelaren eller på någon sida?	
<input type="checkbox"/> Mitt i kotpelaren	<input type="checkbox"/> Till höger om kotpelaren
<input type="checkbox"/> Till vänster om kotpelaren	
Vilken typ av smärta har du i nacken?	
<input type="checkbox"/> Molande	<input type="checkbox"/> Huggande
Är din smärta konstant?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilken typ:	
Om du har huggande smärtor i nacken, är dessa lokaliserade mitt i kotpelaren?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Har ingen huggande smärta	
Strålar smärtan ut i någon arm?	
<input type="checkbox"/> Vänster arm	<input type="checkbox"/> Höger arm
<input type="checkbox"/> Har ingen smärta i någon arm	
Strålar smärtan ända ut i något finger?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, ange vilka fingrar	
Vilken typ av armsmärta?	
<input type="checkbox"/> Brännande	<input type="checkbox"/> Molande
<input type="checkbox"/> Svidande	<input type="checkbox"/> Stickande
<input type="checkbox"/> Huggande	
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilken typ:	
Om du har smärta i armarna vilken arm är värst?	
<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster
Har du domning i armarna?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du muskelsvaghet i armarna?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, sedan när?	
Var är smärtan värst?	
<input type="checkbox"/> Nacke	<input type="checkbox"/> Arm
<input type="checkbox"/> Annat, ange var:	
Vilka av dessa situationer förvärrar smärtan?	
<input type="checkbox"/> Gå	<input type="checkbox"/> Ligga
<input type="checkbox"/> Stå	<input type="checkbox"/> Sitta
<input type="checkbox"/> Annan situation, ange vilken:	
Vilka av dessa situationer förbättrar smärtan?	
<input type="checkbox"/> Gå	<input type="checkbox"/> Ligga
<input type="checkbox"/> Stå	<input type="checkbox"/> Sitta
<input type="checkbox"/> Annan situation, ange vilken:	
Har du pacemaker/öronprotes/skruvsystem av metall eller andra inopererade föremål i kroppen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vad har du inopererat	

Har du/har du haft smittsamt tillstånd t ex resistent bakterier, MRSA, ESBL eller VRE (Kryssa i) JA NEJ

Om JA, vad? _____

Övriga uppgifter

Din längd	Din vikt
cm	kg
Hur fick du kännedom om kliniken?	

Om du blir bokad för ett mottagningsbesök och dina smärtor har försvunnit, vill vi att du hör av dig innan besöket!

Observera att pga s.k. mikrokirurgisk teknik gäller det vissa viktgränser beroende på diagnos för att kunna bli opererad hos oss. Patientens BMI-värde (www.bmiraknaren.se) får inte överstiga 35 för samtliga ryggoperationer.



Sätt kryss i rutan för att ge medgivande till att Ryggkirurgiska Kliniken får hämta in/lämna ut mina journalhandlingar till/från andra vårdinrättningar. Var uppmärksam på att om du väljer att skicka egenvårdsremissen med dina personuppgifter via mail till Ryggkirurgiska Kliniken så kan vi inte garantera var mailet passerar innan det ankommer till Ryggkirurgiska kliniken. Jag har tagit del av informationen på sida ett gällande behandling av mina personuppgifter. Jag godkänner även att Ryggkirurgiska Kliniken kommer att skicka SMS påminnelse till angivet nummer vid eventuell kallelse till kliniken.

Underskrift: _____

Spara formuläret på din dator "spara som" för att sedan fylla i det. Öppna ett nytt meddelande i ditt mailprogram, skriv in adressen:
info@ryggkirurgiska.se samt bifoga den sparade PDF-filen

Du kan även skriva ut formuläret och posta det till:

Ryggkirurgiska Kliniken
Löt
645 94 STRÄNGNÄS