

Namn: _____

Telefon: _____

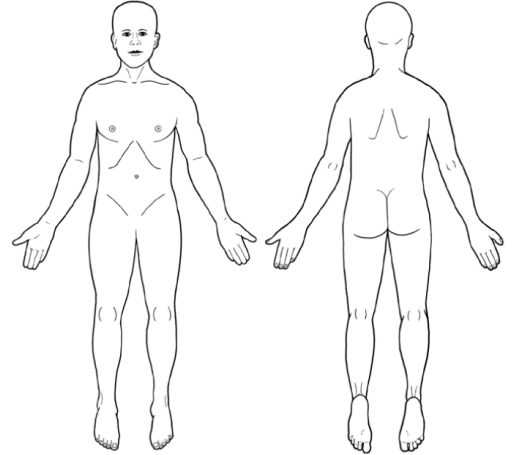
Välkommen till Rehab Öst

Innan undersökningen är vi tacksamma om du fyller i nedanstående uppgifter för att underlätta inför besöket idag.

Beskriv kortfattat de besvär du söker hjälp för: _____

Hur länge har Du haft dina besvär? _____

Om du har besvär av smärta,
försök markera var på teckningen till höger



Har du erhållit någon tidigare vård för de besvär du söker för idag? Ja / Nej

Om Ja, vilken vård? _____

Finns det någon viktig aktivitet i din vardag eller samliv som du har svårighet att utföra på grund av dina besvär? _____

Ringa in siffran som visar hur stark din smärta är
(0= ingen smärta, 10= värsta tänkbara smärta)

I vila: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I rörelse: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Efter rörelse: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

När har du mest smärta/besvär? På morgonen Under dagen På kvällen På natten

Sysselsättning/Arbete: _____

Är du sjukskriven? Ja / Nej

Har du pga. din hälsa varit frånvarande från arbete/sysselsättning under senaste året? Ja / Nej

Var god vänd



Har du eller har du haft någon av följande sjukdomar?

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Medicinerar du för detta?	Ja/Nej
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	Medicinerar du för detta?	Ja/Nej
Hjärt/kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	Medicinerar du för detta?	Ja/Nej
KOL/Astma	<input type="checkbox"/>	Medicinerar du för detta?	Ja/Nej
Cancersjukdom	<input type="checkbox"/>	Medicinerar du för detta?	Ja/Nej

Har du några övriga sjukdomar/smärtor? _____

Tar du några andra mediciner, vilka? Även receptfria smärtlindrande.

Har du någonsin blivit utsatt för fysiskt eller psykiskt våld? Ja Nej

Känner du dig återkommande spänd eller stressad i din vardag? Ja Nej

Upplever du återkommande oro eller nedstämdhet i din vardag? Ja Nej

Om **Ja**, tror du att detta kan bidra till eller har ökat dina besvär? Ja Nej

Jag bör inte utföra mina normala aktiviteter eller arbeten med den smärta jag har för närvarande. (0= Ingen risk, 10= mycket stor risk)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Om besvären ökar, är det en signal på att jag bör sluta med det jag håller på med, tills besvären minskar. (0= Ingen risk, 10= mycket stor risk)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Som Du upplever det själv, hur stor är risken att ditt nuvarande besvär skulle bli långvarigt? (0= Ingen risk, 10= mycket stor risk)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd?

Mycket bra	Bra	Varken bra eller dåligt	Dåligt	Mycket dåligt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilka förväntningar eller mål har du med ditt besök hos oss?

LEVNADSVANOR

Det finns ett starkt samband mellan levnadsvanor och hälsa. Dessa frågor ger ett bra underlag för samtal om hur du har påverkat din hälsa och tar bara någon minut att fylla i.

Markera ett alternativ på varje fråga – det du brukar göra!

ALKOHOL

Hur många standardglas dricker du en vecka?

- Jag dricker inte alkoholhaltiga drycker
- 1- 4standardglas/vecka
- 5 -9 standardglas/vecka
- 10 -14 standardglas/vecka
- 15 eller fler standardglas/vecka

Hur ofta dricker du som är kvinna 4 standardglas och du som är man 5 standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle?

- Aldrig
- Mer sällan än 1 gång/månad
- Varje månad
- Varje vecka
- Dagligen eller nästan dagligen

Ett standardglas motsvarar till exempel



TOBAK

Rökvanor

- Jag har aldrig varit rökare
- Jag har slutat röka för mer än 6 mån sedan
- Jag har slutat röka för mindre än 6 mån sedan
- Jag röker, men inte dagligen
- Jag röker dagligen:
- 1-9 cigaretter/dag
- 10-19 cigaretter/dag
- 20 eller fler cigaretter/dag

Snusvanor

- Jag har aldrig varit snusare
- Jag har slutat snusa för mer än 6 mån sedan
- Jag har slutat snusa för mindre än 6 mån sedan
- Jag snusar, men inte dagligen
- Jag snusar dagligen:
- 1-3 dosor/vecka
- 4-6 dosor/vecka
- 7 eller fler dosor/vecka

DROGER

Har du provat eller använder du andra droger? Ja Nej

Markera ett alternativ på varje fråga det du brukar göra!

Var god vänd



FYSISK AKTIVITET

- Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka vardagsmotion, t.ex. promenader, cykling eller trädgårdsarbete? (Minst 10 min åt gången)**
- 0 minuter/Ingen tid
 - Mindre än 30 minuter
 - 30–60 minuter
 - 60–90 minuter
 - 90–150 minuter
 - 150–300 minuter
 - Mer än 300 minuter
- Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, t.ex. löpning, motionsgymnastik eller bollsport?**
- 0 minuter/Ingen tid
 - Mindre än 30 minuter
 - 30–60 minuter
 - 60–90 minuter
 - 90–120 minuter

MAT

Hur ofta äter du grönsaker och/eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du frukt och/eller bär (färska, konserverade, juice etc.)?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du fisk eller skaldjur som huvudsallad eller som pålägg?

- Tre gånger i veckan eller oftare
- Två gånger i veckan
- En gång i veckan
- Några gånger i månaden eller mer sällan

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/soft?

- Två gånger per dag eller oftare
- En gång per dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

Hur ofta äter du minst tre mål mat om dagen?

- Dagligen
- Nästan varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mer sällan

SÖMN

Hur stora problem har du med att:

Mycket stora

somna på kvällen?

du vaknar under natten?

sömnen inte gör dig utvilad?

Inga Små Måttliga Stora

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |