



Reumatologmottagningen USÖ

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för:		
När började besvären? <input type="checkbox"/> <3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år <input type="checkbox"/> > 1 år		
Var sitter besvären? <input type="checkbox"/> Fingrar/Händer <input type="checkbox"/> Armbågar/Axlar <input type="checkbox"/> Höfter/Knän <input type="checkbox"/> Fötter/Tår <input type="checkbox"/> Rygg		
Är dessa leder svullna: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ömma: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Hur mår du när du rör på dig? <input type="checkbox"/> Bättre <input type="checkbox"/> Sämre		
Är du stel på morgonen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja hur länge: _____ minuter		
Har du led- eller ryggvärk som väcker dig på nätterna? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ledvärk <input type="checkbox"/> Ryggvärk		
Har du återkommande feberperioder? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Röker du? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du någon nära släkting med en reumatisk eller inflammatorisk sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja vilken sjukdom:		
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mottagning och årtal:		
Har du någon allergi eller överkänslighet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, mot:		
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sjukdom:		
Tar du mediciner regelbundet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Mediciner:		
Är du sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Sjukskrivningsgrad: _____ t o m: _____		
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare**Blanketten skickas till:**Reumatologmottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro