

Ankomstdatum:

Blanketten skickas till:Ortopedkliniken
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din egen vårdbegäran kommer du att informeras om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till mottagningen.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Listad vid hälsocentral/sjukstuga
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för. Ange hur länge besvären har funnits och hur de begränsar dig.		
Har du provat någon behandling för dina besvär, t.ex. sjukgymnastik, artoskola, skohjälpmiddel? Om Ja, vilken? Var?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du genomgått någon röntgenundersökning för dina besvär? Om Ja, var genomfördes undersökningen?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Årtal?
Har du sökt vård tidigare för samma besvär? Om Ja, vid vilken mottagning/sjukhus?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Är du sjukskriven för ovan beskrivna besvär? Om Ja, vilken sjukskrivningsgrad?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Tar du några mediciner? Ange läkemedlens namn, beredningsform, styrka, dosering. Uppgifter om läkemedlen finns på förpackning och apoteketikett.		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Har du någon allergi eller är överkänslig för något (t.ex. läkemedel, födoämne, djuralergi) eller har du reagerat på penicillin, lokalbedövning eller annat?
Om ja, hur reagerar du?

Nej Ja

Har du någon hjärt- och kärlsjukdom (t.ex. kärlkramp, oregelbunden rytm, tidigare hjärtinfarkt, hjärtsvikt, blåsljud, blodpropp)?
Om Ja, vad?

Nej Ja

När?

Har du behandlats för högt blodtryck? Om Ja, när? Ja
Vad var ditt senaste kontrollerade blodtryck?

Nej

Har du eller har du haft någon lungsjukdom? Ex. astma, kol.
Om Ja, vad?

Nej Ja

Har du diabetes? Kost- eller tablett/insulinbehandlad?
Om Ja, ange behandling och sedan när.

Nej Ja

Har eller har du haft någon smittsam sjukdom (Gulsot, HIV, MRSA etc) eller någon annan sjukdom av betydelse (t.ex. njursjukdom, neurologisk sjukdom, muskelsjukdom, psykiska besvär)?
Om Ja, vad och när?

Nej Ja

Din längd, cm:

Din vikt, kg:

Röker du? Om Ja, sedan när?

Nej Ja

Ange hur du upplever din smärta för dina aktuella besvär på en skala från 0 = ingen smärta till värsta tänkbara smärta.

Ingen smärta = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = Värsta tänkbara smärta

Ange eventuellt behov av tolk

Språktolk, språk: Teckenspråktolk Dövblindtolk Vuxendövtolk

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning