

- För att få vård via stressrehabilitering Västerbotten behöver du först ha fått en första behandling via din hälsocentral, företagshälsovård eller motsvarande.
- Vi kommer att göra en bedömning av dina besvär och om vi kan erbjuda dig rehabilitering. Du kan också bli rekommenderad annan behandling eller få förslag på annat stöd.
- Bedömning av dina besvär sker fysiskt på plats i Umeå. Du som bor utanför Västerbotten behöver själv betala för resor och boende i samband med besök hos oss.
- Hör av dig till mottagningen om du inte fått besked inom 14 dagar.

| | | |
|--|--|--|
| Namn | | Personnummer |
| Adress | | Postnummer och postadress |
| Telefon hem/mobiltelefon | | Listad vid hälsocentral/sjukstuga |
| Beskriv kort de besvär som du söker vård för och hur de begränsar dig: (Obligatorisk) | | |
| Hur länge har du haft dina besvär? (Obligatorisk) | | |
| Vad tror du är orsaken till dina besvär? (Obligatorisk) | | |
| Har du sökt vård tidigare för dina besvär? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om Ja, vilket år? (Obligatorisk) | | |
| Om ja, hos vilken vårdgivare? (Obligatorisk) | | |
| Om ja, vad fick du för diagnos? (Obligatorisk) | | |
| Om ja, vilken behandling har du fått? Till exempel samtalsbehandling i grupp eller individuellt (Obligatorisk) | | |
| Har du någon psykisk eller fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja, vilken sjukdom eller funktionsnedsättning (Obligatorisk)? | | |
| Om ja, får du någon behandling? Ange hos vilken vårdgivare (Obligatorisk) | | |

Har du tidigare haft någon psykisk eller fysisk sjukdom eller funktionsnedsättning? (Obligatorisk) Ja Nej

Om ja, vilken sjukdom? (Obligatorisk)

Om ja, vilket eller vilka år? (Obligatorisk)

Om ja, fick du någon behandling? Ange även hos vilken vårdgivare. (Obligatorisk)

Tar du läkemedel regelbundet? Ja Nej

Om ja, vilka läkemedel? (Obligatorisk)

Hur ser din sociala situation ut? Till exempel civilstånd, boende, familjesituation. (Obligatorisk)

Har du ett arbete? Ja Nej

Om ja, ange vilket yrke eller sysselsättning. (Obligatorisk)

Är du sjukskriven? Ja Nej

Om ja, hur många procent är du sjukskriven? (Obligatorisk)

Om ja, hur länge har du varit sjukskriven? (Obligatorisk)

Om ja, vilken diagnos är du sjukskriven för? (Obligatorisk)

Är det något annat som du tror skulle vara bra för oss att veta? (Obligatorisk)

Behöver du tolk? Nej

Ja Språktolk, språk:

Ja Dövblindtolk

ja Vuxendövtolk

Har någon hjälpt dig att fylla i formuläret? Ja Nej

Om ja, vem: (Obligatorisk)

Ort och datum

Namnteckning