



RYGGKIRURGI  
STRÄNGNÄS

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att information du lämnar får lagras och bearbetas i register. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

## Egenvårdsremiss - Rygg

### Personuppgifter

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

### Sjukdomsrelaterade frågor

Går du på läkarkontroller för något annat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, för vad?
Läkarens namn	Läkarens 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 ryggopererad tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
För vad?	
På vilket sjukhus?	Vilket datum

Har du gjort några röntgenundersökningar av ryggen? <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 ryggbesvär? (tidpunkt)	Startade smärtan vid en speciell händelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vid vilken händelse	

Var har du smärtan? <input type="checkbox"/> Ländrygg/Korsrygg <input type="checkbox"/> Bäckén <input type="checkbox"/> Har ingen smärta i ryggen		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

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		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		Personnummer (ÅMMDD-XXXX)
Vilken typ av smärta har du i ryggen?		
<input type="checkbox"/> Brännande	<input type="checkbox"/> Molande	<input type="checkbox"/> Huggande
<input type="checkbox"/> Svidande	<input type="checkbox"/> Stickande	<input type="checkbox"/> Annat, ange vilken typ:
Om du har huggande smärtor i ryggen, 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 något ben?		
<input type="checkbox"/> Vänster ben	<input type="checkbox"/> Höger ben	<input type="checkbox"/> Har ingen smärta i något ben
Strålar smärtan ända ut i någon tå?		Om ja, vilka tår?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Vilken typ av bensmärta?		
<input type="checkbox"/> Brännande	<input type="checkbox"/> Molande	<input type="checkbox"/> Huggande
<input type="checkbox"/> Svidande	<input type="checkbox"/> Stickande	<input type="checkbox"/> Annat, ange vilken typ:
Om du har smärta i benen vilket ben är värst?		
<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	
Har du domning i benen?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du muskelsvaghet i benen?		Om ja, sedan när
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Var är smärtan värst?		
<input type="checkbox"/> Rygg	<input type="checkbox"/> Ben	<input type="checkbox"/> Annat, ange var:
Vilka av dessa situationer förvärrar smärtan?		
<input type="checkbox"/> Gå	<input type="checkbox"/> Stå	<input type="checkbox"/> Sitta
<input type="checkbox"/> Ligga	<input type="checkbox"/> Annan situation, ange vilken:	
Vilka av dessa situationer förbättrar smärtan?		
<input type="checkbox"/> Gå	<input type="checkbox"/> Stå	<input type="checkbox"/> Sitta
<input type="checkbox"/> Ligga	<input type="checkbox"/> Annan situation, ange vilken:	
Behöver du gånghjälpmedel?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, vad behöver du		
Har du problem med urin- eller tarmtömning?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Om ja, sedan när?
Om ja, på vilket sätt		
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** (Ringa in) JA NEJ

Om JA, vad? \_\_\_\_\_

### Övriga uppgifter

Din längd	Din vikt
cm	kg
Hur Fick du kännedom om kliniken?	
<input type="checkbox"/> Jag ger mitt medgivande till att Ryggkirurgiska Kliniken får lämna ut/hämta in mina journalhandlingar till/från andra vårdinrättningar	

Fyll i och spara formuläret på din dator. 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