



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 - Nacke

### Personuppgifter

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

### Sjukdomsrelaterade frågor

Går du på läkarkontroller för något annat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, för vad?
Din Vårdcentral	Vårdcentralens 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 opererad i nacken tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
För vad?	
På vilket sjukhus?	Vilket datum?

Har du gjort några röntgenundersökningar av nacken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Specificera var och när du gjort din röntgenundersökning. <b>Obs! Magnetkameraundersökningen får ej vara äldre än ett år</b>		
Om ja, har du varit på <input type="checkbox"/> Slåtröntgen	Vid vilken röntgenavdelning?	När? (ÅÅÅÅ-MM-DD)
<input type="checkbox"/> Magnetkamera MRT		
<input type="checkbox"/> Datortomografi CT		

När startade dina nackbesvär? (tidpunkt)	Startade dina nackbesvär vid en speciell händelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vid vilken händelse	

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Var har du smärtan?		
<input type="checkbox"/> Halsrygg	<input type="checkbox"/> Bröstrygg	<input type="checkbox"/> Har ingen smärta i halsrygg/bröstrygg
<input type="checkbox"/> 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
Vilken typ av smärta har du i nacken?		Är din smärta konstant?
<input type="checkbox"/> Molande	<input type="checkbox"/> Huggande	<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nej
		<input type="checkbox"/> Annat, ange vilken typ:
Om du har huggande smärtor i nacken, 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 någon arm?		
<input type="checkbox"/> Vänster arm	<input type="checkbox"/> Höger arm	<input type="checkbox"/> Har ingen smärta i någon arm
Strålar smärtan ända ut i något finger?		Om ja, ange vilka fingrar
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Vilken typ av armsmärta?		
<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 armarna vilken arm är värst?		
<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Vänster	
Har du domning i armarna?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har du muskelsvaghet i armarna?		Om ja, sedan när?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Var är smärtan värst?		
<input type="checkbox"/> Nacke	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> Annat, ange var:
Vilka av dessa situationer förvärrar smärtan?		
<input type="checkbox"/> Gå	<input type="checkbox"/> Ligga	<input type="checkbox"/> Stå
<input type="checkbox"/> Sitta	<input type="checkbox"/> Annan situation, ange vilken:	
Vilka av dessa situationer förbättrar smärtan?		
<input type="checkbox"/> Gå	<input type="checkbox"/> Ligga	<input type="checkbox"/> Stå
<input type="checkbox"/> Sitta	<input type="checkbox"/> Annan situation, ange vilken:	
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