



**RYGGKIRURGI  
STRÄNGNÄS**

De personuppgifter vi samlar in om dig behandlas enligt de lagar och förordningar som gäller vid tidpunkten. Uppgifterna samlas in för att vi ska kunna behandla ditt ärende. I första hand använder vi uppgifterna för beställningar av handlingar gällande ditt ärende och i andra hand kan uppgifterna lämnas till tredje part som är vårdgivare. På sida två skriver du under att du tagit del av informationen gällande behandling av din personuppgifter

**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	

