



**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 - Rygg**

**Personuppgifter**

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

**Sjukdomsrelaterade frågor**

Går du på läarkontroller 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 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"/> Slåtröntgen	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"/> Båcken <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 (ÅÅMMDD-XXXX)
Vilken typ av smärta har du i ryggen?		Är smärtan konstant?
<input type="checkbox"/> Molande	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Annat, ange vilken typ:
<input type="checkbox"/> Huggande	<input type="checkbox"/> Nej	
Om du har huggande smärtor i ryggen, är dessa lokaliserade mitt i kotpelaren?		<input type="checkbox"/> Har ingen huggande smärta
Strålar smärtan ut i något ben?		<input type="checkbox"/> Höger ben
<input type="checkbox"/> Vänster 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, 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 (Kryssa i) JA NEJ

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

## Övriga uppgifter

Din längd	Din vikt
cm	kg
Hur fick du kännedom om kliniken?	

- Sätt kryss i rutan för att ge medgivande till att Ryggkirurgiska Kliniken får hämta in/lämna ut mina journalhandlingar till/från andra vårdinrättningar. Var uppmärksam på att om du väljer att skicka egenvårdsremissen med dina personuppgifter via mail till Ryggkirurgiska Kliniken så kan vi inte garantera var mailet passerar innan det ankommer till Ryggkirurgiska kliniken. Jag har tagit del av informationen på sida ett gällande behandling av mina personuppgifter. Jag godkänner även att Ryggkirurgiska Kliniken kommer att skicka SMS påminnelse till angivet nummer vid eventuell kallelse till kliniken.

**Underskrift:** \_\_\_\_\_

Spara formuläret på din dator "spara som" för att sedan fylla i det. 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