

Namn:

Personnummer:

Det är viktigt att du tar kontakt med oss om du har några frågor som gäller något av nedanstående problem, på telefon 0950-391 93 eller 0950-396 55

Kryssa i om du har eller haft något av följande symtom/problem de senaste dagarna.

1.Frossa och/eller feber över 38°C (Nej) (Ja)

2. Andra tecken på infektion (Nej) (Ja)

3.Besvär med illamående och/eller kräkningar (Nej) (Ja)

4. Ättsvårigheter (Nej) (Ja)

Vilka:.....

5. Ofrivillig viktning (Nej) (Ja)

6. Frekventa diaréer (Nej) (Ja)

7. Blödningar som inte stoppar (Nej) (Ja)

8. Kvarvarande besvär med domningar (Nej) (Ja)
och/eller stickningar i händer och fötter

9. Andra besvär som du tror kan inverka (Nej) (Ja)
på möjlighet att få behandling

Vilka:.....

10. Hur stor del av din vakna tid vilar du i säng eller stol?

.....

11. Övrigt du vill ta upp med din sjuksköterska

.....

.....

12. Aktuell vikt:..... (kontrollera din vikt på behandlingsdagens morgon)

Behöver du förnyat sjukintyg eller recept så använd dig av 1177.se eller kontakta telefonrådgivningen i god tid