

## Bakgrundsinformation

**Välkommen!** För att använda tiden bättre vid besöket hos oss önskar vi att du fyller i nedanstående uppgifter för att få reda på mer om din bakgrund, både medicinskt och socialt. Det är därför bra om du fyller i denna blankett i lugn och ro hemma och tar med dig den till läkarbesöket. Informationen kommer att ligga till grund för de uppgifter som förs in i din journal och kommer därför att behandlas med sekretess.

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Anhörig/Kontaktpers: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Släktskap: \_\_\_\_\_

Får vi skicka SMS påminnelser till dig? Ja  Nej

### 1. Socialt (Livsstil och livssituation)

Jag bor i \_\_\_\_\_ (villa, lägenhet, annat)

Jag bor tillsammans med \_\_\_\_\_ (make/maka/sambo, barn)

Arbetar du? Ja / Nej Om ja, med vad? \_\_\_\_\_

Har du hemtjänst? Ja / Nej Om ja, hur mycket? \_\_\_\_\_

Är du sjukskriven? Ja / Nej Om ja, sedan hur länge? \_\_\_\_\_

I vilken omfattning? (% sjukskrivning) \_\_\_\_\_

Kör du bil? Ja  Nej  Har du vapenlicens? Ja  Nej

Är du rökare? Ja / Nej Om ja, hur mycket? \_\_\_\_\_ Slutat år: \_\_\_\_\_

Är du snusare? Ja / Nej Om ja, hur mycket? \_\_\_\_\_ Slutat år: \_\_\_\_\_

Dricker du alkohol? Ja / Nej Om ja, hur mycket? \_\_\_\_\_ Slutat år: \_\_\_\_\_

Använder du andra droger? Ja / Nej Om ja, vad? \_\_\_\_\_ Slutat år: \_\_\_\_\_

Motionerar du regelbundet? Ja / Nej Om ja, hur mycket? \_\_\_\_\_

Fritidsintressen? Ja / Nej Om ja, vad? \_\_\_\_\_

Använder du gånghjälpmedel? Ja / Nej Om ja, vad? \_\_\_\_\_



- 4. Nuvarande sjukdomar eller besvär andra än de jag sökt Neuromottagningen för**  
- Sjukdomar och/ eller besvär du för närvarande behandlas eller går på kontroller inom sjukvården för. Ange även om du har några långvariga/kroniska besvär som du inte behandlas för men påverkar dig i ditt liv.

Jag har inga andra sjukdomar eller besvär

Vilken sjukdom/ besvär?	Sedan (årtal)	Behandlas / kontrolleras på:

- 5. Aktuella besvär, beskriv de besvär du söker på Neuromottagningen för**

a) Vilka symtom är du remitterad till Neuromottagningen för?

---

---

---

---

b) Vilken utredning har hittills gjorts rörande dessa besvär?

---

---

---

---

**6. Läkemedel.**

Om du äter mediciner, ta med dig aktuell medicinlista till läkarbesöket!

Har du medicinbiverkningar? Ja  Nej  Om ja, beskriv nedan vad:

---

---

---

**Kom ihåg att ta med dig blanketten till besöket**

*Tack för att du hjälper oss med detta!*  
Personalen, Neuromottagningen