

## Egenremiss till Björkhagens Stress- och smärtrehab

Personnummer: \_\_\_\_\_

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

Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postnummer och ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Jag godkänner att få SMS-påminnelse

1. Vilka besvär söker du hjälp för?

Smärta  Trötthet  Sömnsvårigheter  Minnes/koncentrationssvårigheter

Nedstämdhet  Oro  Annat: \_\_\_\_\_

Har du smärta var vänlig att markera var på kroppen på figuren på nästa sida.

2. Hur länge har du haft dina besvär?

\_\_\_\_\_

3. Hur och när började de?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Har du sökt läkare för dina besvär? Om ja, var?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Har du fått behandling för dina besvär? Vilken sorts behandling? Var och när?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Har du fått någon diagnos? Vilken/Vilka?

\_\_\_\_\_

7. Har du varit med om en svår upplevelse?

Olycka  Våld  Övergrepp  Annat: \_\_\_\_\_

8. Vilka pågående vårdkontakter har du?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Vilken pågående medicinering har du?

Namn på medicin	Dos? Varje dag eller vid behov?	Nöjd med effekten?

10. Hur ser din livssituation ut?

Arbetar  \_\_\_\_\_% Studerar  Sjukskriven  \_\_\_\_\_% Arbetssökande  Sjukersättning   
Pensionär

11. Har du en pågående försäkringstvist/överklagande? \_\_\_\_\_

12. Hur ser din familjesituation ut?

Gift  Sambo  Särbo  Ensamstående  Änka/änkling  Barn

Om du har barn, hur många och hur gamla är de? \_\_\_\_\_

13. Finns det något annat som kan vara viktigt för oss att känna till om dig och dina besvär?

---

---

14. Finns det något som skulle kunna stå i vägen för en rehabilitering för dig?

---

---

15. Har du någon annan sjukdom som du får behandling för eller som påverkar ditt mående?

---

---

16. Behöver du tolk vid besöket hos oss?

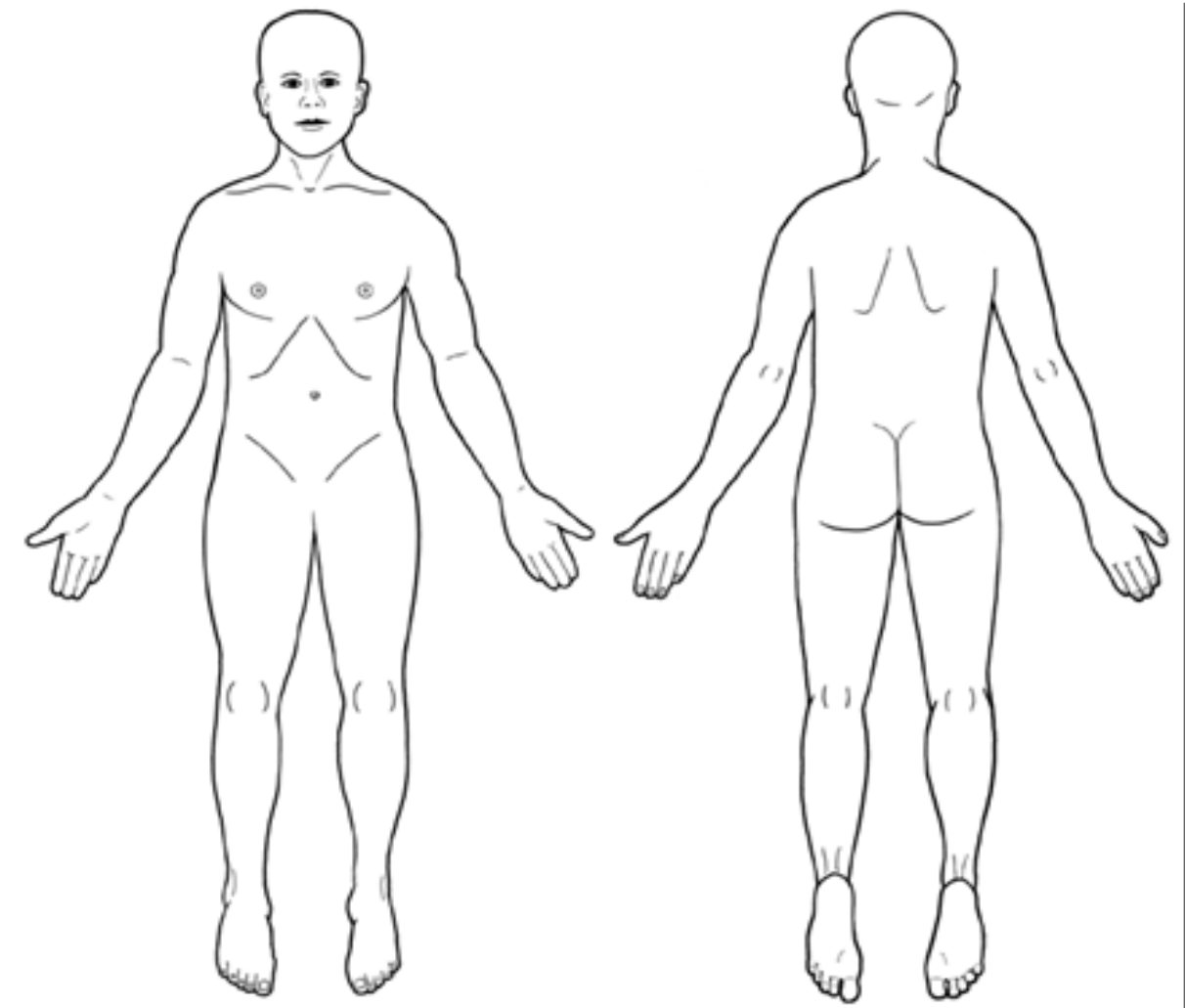
---

17. Vad önskar du uppnå med en rehabilitering?

---

---

18. Smärtritning för dig som har smärta. Har du smärta, var vänlig och markera på figuren nedan där du har smärta. Ringa in de områden där du har ihållande smärta



Jag ger mitt medgivande till att vi på Björkhagens Stress- och smärtrehab under bedömnings- och eventuell rehabiliteringsperiod får ta del av hela min sammanhållna journal i Take Care (medgivande kan dras tillbaka)

Jag intygar att jag själv lämnat ovanstående uppgifter och att de är sanningsenliga.

Ort och datum:

Namnteckning:

Skicka egenremissen till:

**Björkhagens Stress- och smärtrehab**  
**Halmstadsvägen 41**  
**121 53 Johanneshov**



PÅ UPPDRAG AV  
REGION STOCKHOLM