



## Egen vårdbegäran

### Reumatologmottagningen

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När vi har bedömt din vårdbegäran kommer du att få ett besked om fortsatt handläggning. Om du inte har fått besked inom 14 arbetsdagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård.

**Vårdbegäran skickas till Akademiska sjukhuset, Reumatologmottagningen, 751 85 Uppsala. Märk kuvertet med "Egen vårdbegäran"**

Personnummer (ååååmmdd-xxxx)					
Efternamn			Förnamn		
Gatuadress			Postnummer och postadress		
Telefon bostad		Telefon mobil		Vårdcentral	
Lämna en kort beskrivning av de besvär /symptom du nu vill söka för:					
När började besvären?					
< 3 månader <input type="checkbox"/>		3-6 månader <input type="checkbox"/>		6 månader- 1 år <input type="checkbox"/>	
>1 år <input type="checkbox"/>					
Var sitter besvären?					
Fingrar/händer <input type="checkbox"/>		Armbågar/axlar <input type="checkbox"/>		Höfter/knän <input type="checkbox"/>	
Fötter/tår <input type="checkbox"/>		Rygg <input type="checkbox"/>			
Är dessa leder svullna?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>		Ömma? <input type="checkbox"/>	
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Hur mår du när du rör på dig?					
Bättre <input type="checkbox"/>				Sämre <input type="checkbox"/>	
Är du stel på morgonen?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>		Om ja- hur länge? <input type="checkbox"/>	
				minuter	
Har du ledvärk som väcker dig på nätterna?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Har du återkommande feberperioder?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>		Röker du? <input type="checkbox"/>	
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Har du någon nära släkting med en reumatisk eller inflammatorisk sjukdom?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Om ja- vilken sjukdom?					
Har du sökt vård tidigare för samma besvär?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Om ja- vilken mottagning och årtal?					
Kontrolleras du regelbundet för någon annan sjukdom?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Om ja- vilken sjukdom?					
Tar du mediciner regelbundet?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Om ja- vilka mediciner?					
Är du sjukskriven?					
Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>		Sjukskrivningsgrad? <input type="checkbox"/>	
Tom: <input type="checkbox"/>					
Samtycker du till att vi vid behov tar del av dina tidigare journaluppgifter från andra vårdgivare?					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Ange ev behov av tolk:					
Språktolk <input type="checkbox"/>		Språk: <input type="checkbox"/>		Teckenspråktolk <input type="checkbox"/>	
				Dövblindtolk <input type="checkbox"/>	
				Vuxendövtolk <input type="checkbox"/>	
Har någon hjälpt dig fylla i blanketten? Om du svarar ja- fyll i dennes kontaktuppgifter					
Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			
Namn:					
Telefon hem/mobil					
Underskrift					
Ort och datum:					
			Namn:		